

# **ACNE E SAÚDE PÚBLICA: UM CONTRIBUTO**

**CATARINA REBELO NEVES**

**Tese para obtenção do grau de Doutor em CIÊNCIAS DA VIDA  
na Especialidade de SAÚDE PÚBLICA  
na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa**

**Maio 2016**

# **ACNE E SAÚDE PÚBLICA: UM CONTRIBUTO**

**Catarina Rebelo Neves**

**Orientador: Professor Doutor Jorge Torgal**

**Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas da**

**Universidade Nova de Lisboa**

**Coorientador: Professor Doutor Carlos Amaral Dias**

**Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da**

**Universidade de Coimbra**

**Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida  
na Especialidade de Saúde Pública**

**Maior 2016**

*Ce qu'il y a plus profond en l'homme, c'est la peau*  
Paul Valéry

*In*

L'Idee fixe ou deux hommes a la mer.

Oeuvres II. Paris Ed. Gallimard.

Coll. Bibliotheque de pléiade 1966





***Dedicada à Francisca e ao António***

*Dias úteis  
às vezes pretextos fúteis  
pra encontrar felicidade  
no percurso de um só dia*

*Dias úteis  
mesmo se a dor nos fizer frente  
a alegria é de repente  
transparente  
quem a não receberia?*

*Por pretextos talvez fúteis  
a alegria é que nos torna  
os dias úteis*

*Por motivos talvez claros  
o prazer é o que nos torna  
os dias raros*

*Por pretextos talvez fúteis  
por motivos talvez claros*

Sérgio Godinho (1997)

Dias úteis *in* Domingo no Mundo



## AGRADECIMENTOS

Um doutoramento é (quase) sempre um processo longo, exigente e com várias *pedras no caminho*. Sabia disso no seu início, mas a sua morosidade não deixou de me surpreender.

Após a conclusão do mestrado e o culminar da formação como psicanalista, que terminou na elaboração e apresentação da *Memória* - trabalho que permite o acesso a membro Associado da Sociedade Portuguesa de Psicanálise e da *International Psychoanalytic Association* -, sabia, sentia, desejava *que o que viesse a seguir* não fosse *algo* de leitura circunscrita apenas a alguns, nem confinada a *alguma* biblioteca. Neste sentido, abordei o Professor Doutor Jorge Torgal e o Professor Doutor Amaral Dias e a ambos, agradeço por terem entendido e aceite o meu *projeto* e à Fundação para a Ciência e Tecnologia - FCT, que lhe atribuiu uma bolsa de Doutoramento. Sem o apoio da FCT este teria sido apenas mais um *projeto na gaveta*...

Em particular, agradeço:

A todos e foram muitos, os indivíduos que nunca a experienciaram, os que viveram ou vivem com a Acne e partilharam, as suas crenças, atitudes, comportamentos, assim como as mais variadas ideias e perspetivas sobre o tema.

À Dr<sup>a</sup> Margarida Apetato, diretora do Serviço de Dermatologia do Hospital dos Capuchos, ao Dr. Jorge Cardoso diretor do Serviço de Dermatologia do Hospital Curry Cabral, ambos do Centro Hospitalar de Lisboa Oriental, ao Dr. Rui Tavares Bello do Hospital Militar de Lisboa e a tantos outros dermatologistas que se mostraram interessados, disponíveis, participativos e foram muitos com os quais dialoguei mais ao menos informalmente, ao longo deste processo. Não podendo nomear todos, não posso não referir a Dr<sup>a</sup> Lurdes Lobo, a Dr<sup>a</sup> Gabriela Marques Pinto e a Dr<sup>a</sup> Clarisse Rebelo.

À Galderma, nas pessoas do Dr. Alfredo Gonzalez e Dr. Telmo Pedro, em especial, pela recetividade a esta investigação, disponibilizando inúmeros artigos cujas referencias encontrei nas pesquisas bibliográficas.

À *International Psychoanalytic Association* - IPA que escolheu e acolheu este projeto para participar no *14<sup>th</sup> Annual Research Training Programme - RTP*, em Londres, e pelos tantos ensinamentos trazidos ao longo dessa semana, de tantos, entre os quais John Clarkin,

Rachel Blass, Peter Fonagy, Juan Pablo Jimenez, Patrick Luyten, entre outros e em especial do colega e amigo, Professor Doutor Carlos Farate.

Ao Professor Doutor Jorge Torgal, cuja sageza e acutilante sentido de humor tanto aprecio, mais, pela abertura, acolhimento e diálogos, que contribuíram para a formulação e desenvolvimento deste projeto, *da micro à macro análise*, como o próprio o diria.

Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias, que externa ou internamente esteve sempre presente na minha *vida adulta* por ser quem é e por tudo, o que ao longo destes anos foi deixando em mim. Pela confiança e o ver sempre mais além.

À Professora Doutora Sara Dias, pelo seu precioso contributo para o tratamento estatístico dos dados recolhidos.

À Professora Doutora Luísa Barros, pela partilha do seu saber e supervisão da análise de conteúdo que culminou na construção da versão preliminar do ICA.

À Professora Doutora Nídia Braz (e à Titi), aos meus tios Margarida e Gil Martins Pereira, à Rita Roquette, à Carina Brito da Mana, à Ana Almeida, ao Pedro Guimarães e à minha mãe que me incentivaram neste processo e tiveram a maior paciência do mundo, para lerem e relerem partes ou mesmo a totalidade desta dissertação. Os erros, as falhas, *os lapsos* que a seguir encontrarem são da minha responsabilidade, os que entretanto desapareceram foi por mérito deles.

Aos que me permitiram *encontrar tempo* e disponibilidade, para este processo, em particular à minha irmã, Carolina e à Maria Magalhães, cuidando dos meus.

Ainda, ao Professor Doutor João Justo, ao Professor Doutor Saul Neves de Jesus, à Professora Doutora Bárbara Figueiredo, à Adriana Nogueira, à Ana Lito, à Clara Pires, à Ana Teresa Vale, ao Nuno Sousa, ao Vasco Santos, aos colegas e amigos de consultório da *Rua da Prata* e a tantos mais amigos e muitos familiares - como a Sara Vitor e a Fernanda Nogueira, entre outros - que nestas páginas não caberiam, mas sem os quais não teria sido possível, em alguns momentos, prosseguir. E que foram sempre acreditando e perguntando: *então o Doutoramento?*

Aos que entretanto, nos deixaram, em especial, ao Bertrand Braz e seguramente ao meu pai, António Barbosa Neves, de quem, entre muitas características “*o sentido de dever prosseguir e concluir um trajeto*”, de perseverar, em mim ficou.

Herança essa também transmitida pelos meus avós e que gostaria de conseguir legar aos meus filhos: Francisca e António, nascidos neste percurso, para os quais não encontro palavras para agradecer a alegria e *um outro sentido*, que trazem aos meus dias.

## ÍNDICE GERAL

Índice de figuras .....	XIII
Índice de gráficos .....	XVII
Índice de quadros .....	XXIII
Índice de tabelas .....	XXV
Resumo .....	XXXI
Abstract .....	XXXIII
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos .....	XXXV
 <b>Capítulo 1 - Introdução</b> .....	 1
1.1 Introdução .....	1
1.2 Enquadramento .....	2
1.3 Justificação do tema .....	5
1.4 Objeto e objetivos de investigação .....	6
1.5 Pergunta de partida da investigação e perguntas derivadas .....	7
1.6 Hipóteses .....	8
1.7 Modelo metodológico da investigação .....	9
1.8 Estrutura do trabalho .....	13
 <b>Capítulo 2 - Aspetos sociológicos e psicológicos da Acne</b> .....	 15
2.1 Introdução .....	15
2.2 Aspetos psicológicos da pele .....	16

A visão psicanalítica .....	18
2.3 A Acne .....	21
Aspectos psicológicos .....	23
2.4 Saúde pública e epidemiologia .....	25
2.5 A representação social da Acne .....	28
Crenças e representação social da Acne .....	32
2.6 A qualidade de vida e a dermatologia .....	36
2.7 Depressão, ansiedade e stresse .....	45
2.8 Estratégias de <i>coping</i> .....	50
2.9 Alexitímia .....	57
 <b>Capítulo 3 - Metodologia</b> .....	 63
3.1 Introdução .....	63
3.2 Descrição da metodologia .....	63
3.3 Caracterização dos instrumentos .....	65
3.3.1 Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (IQV-D) .....	65
3.3.2 Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS-21) .....	67
3.3.3 <i>Brief</i> COPE (BC) .....	71
3.3.4 Escala de Alexitímia de Toronto (TAS-20) .....	77
3.3.5 Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne (ICA) .....	80
3.3.6 Escala de Graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia .....	83
 <b>Capítulo 4 - O desenvolvimento de um Inventário de Crenças,                 Comportamentos e Tratamento sobre a Acne</b> .....	 85
4.1 Introdução .....	85

4.2 Metodologia aplicada na construção do ICA .....	86
4.3 O ICA .....	88
Estabelecimento do padrão para as crenças fundamentadas no conhecimento da ciência médica .....	94
4.4 Conclusões .....	98
<b>Capítulo 5 - Estudo II - O impacto psicológico da Acne .....</b>	<b>99</b>
5.1 Introdução .....	99
5.2 Caracterização da amostra .....	100
5.3 Apresentação e análise de resultados .....	102
5.3.1 IQV-D .....	103
5.3.1.1 Apresentação de resultados globais .....	103
5.3.1.2 Apresentação de resultados e análises de subescalas .....	105
5.3.2 EADS-21 .....	106
5.3.3 TAS-20 .....	112
5.3.4 <i>Brief</i> COPE .....	117
Descrição do comportamento estatístico das diferentes escalas .....	121
5.3.5 ICA .....	124
5.4 Discussão dos resultados .....	131
5.4.1 IQV-D .....	132
5.4.2 EADS-21 .....	133
5.4.3 TAS-20 .....	133
5.4.4 <i>Brief</i> COPE .....	134
5.4.5 ICA .....	134
5.5 Conclusões .....	136

<b>Capítulo 6 - Estudo III - A vivência da Acne e as suas consequências psicológicas .....</b>	<b>137</b>
6.1 Introdução .....	137
6.2 Caracterização da amostra .....	138
6.3 Apresentação e análise de resultados .....	141
6.3.1 IQV-D .....	143
6.3.1.1 Apresentação de resultados globais .....	143
6.3.1.2 Apresentação de resultados e análises de subescalas .....	147
6.3.2 EADS-21 .....	147
6.3.3 TAS-20 .....	154
6.3.4 <i>Brief</i> COPE .....	160
6.3.5 ICA .....	167
6.3.5.1 ICA - Caracterização .....	168
6.3.5.2 ICA - Crenças .....	171
6.3.5.3 ICA - Comportamento .....	175
6.3.5.4 ICA - Tratamento .....	177
6.4 Discussão dos resultados .....	181
6.4.1 IQV-D .....	181
6.4.2 EADS-21 .....	182
6.4.3 TAS-20 .....	182
6.4.4 <i>Brief</i> COPE .....	183
6.4.5 ICA .....	183
6.5 Conclusões .....	185



<b>Capítulo 7 - Conclusões .....</b>	<b>189</b>
7.1 Introdução .....	189
7.2 Discussão dos resultados .....	189
7.2.1 A qualidade de vida .....	191
7.2.2 Ansiedade, depressão e stresse .....	193
7.2.3 A alexitimia .....	199
7.2.4 O <i>coping</i> .....	203
7.2.5 As crenças e os comportamentos sobre a Acne e o seu tratamento .....	205
7.3 Verificação das hipóteses .....	208
7.4 Resposta às perguntas derivadas .....	211
7.5 Resposta à pergunta de partida da investigação .....	214
7.6 Conclusões .....	215
7.7 Limitações da investigação .....	221
7.8 Propostas e sugestões de trabalhos futuros .....	221
 <b>Referências bibliográficas .....</b>	 <b>223</b>
 <b>Apêndices .....</b>	 <b>233</b>
Apêndice A: Questionários apresentados aos respondentes .....	235
ApA.1: Respondentes com Acne, com tratamento .....	235
ApA.2: Respondentes com Acne, sem tratamento .....	250
ApA.3: Respondentes que tiveram Acne, com tratamento .....	250
ApA.4: Respondentes que tiveram Acne, sem tratamento .....	251
ApA.5: Respondentes que não têm, nem tiveram Acne .....	252
Apêndice B: Guião das entrevistas efetuadas no âmbito do estudo I .....	253

ApB.1: Consentimento informado para pacientes que têm ou que tiveram Acne .....	253
ApB.2: Questionário sociodemográfico para pacientes que têm ou que tiveram Acne .....	254
ApB.3: Entrevista semiestruturada a pacientes que têm ou que tiveram Acne .....	255
ApB.4: Consentimento informado para profissionais de saúde .....	257
ApB.5: Questionário sociodemográfico para profissionais de saúde .....	258
ApB.6: Entrevista semiestruturada a profissionais de saúde .....	259
Apêndice C: Apresentação de resultados do estudo II .....	261
ApC.1 Caracterização da amostra .....	261
ApC.2: Dados do IQV-D .....	265
ApC.3: Dados do ICA .....	266
Apêndice D: Apresentação de resultados do estudo III .....	281
ApD.1 Caracterização da amostra .....	281
ApD.2: Dados do IQV-D .....	285
ApD.3: Dados do ICA .....	286

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1: Implicações dos diversos fatores pessoais e sociais na vivência subjetiva da Acne .....	4
Figura 1.2: Modelo metodológico da investigação .....	13
Figura 2.1: Os aspetos psicológicos da pele .....	17
Figura 2.2: Problemas psicossomáticos da pele, de acordo com Ulnik .....	19
Figura 2.3: Pele psíquica, de acordo com Bick .....	20
Figura 2.4: A Acne como doença crónica no âmbito da saúde pública .....	28
Figura 2.5: O conceito de representação social .....	31
Figura 2.6: As crenças mais comuns na Acne .....	35
Figura 2.7: Efeitos das doenças de pele na qualidade de vida do paciente .....	38
Figura 2.8: Enquadramento dos efeitos da doença de pele na qualidade de vida dos pacientes .....	39
Figura 2.9: Correlação entre a auto perceção, o papel emocional e o papel social na qualidade de vida .....	40
Figura 2.10: Impacto das doenças dermatológicas na qualidade de vida .....	45
Figura 2.11: Relação entre Acne, ansiedade, depressão e stresse .....	49
Figura 2.12: As variáveis do <i>coping</i> .....	56
Figura 6.1: Estudo III - Síntese gráfica .....	185
Figura 7.1: Articulação dos estudos .....	191
Figura 7.2: Impacto na qualidade de vida observado nos estudos II e III .....	192
Figura 7.3: Estudo II, EADS-21 - impacto psicopatológico .....	195

Figura 7.4: Estudo II - <i>coping</i> .....	204
Figura 7.5: Estudo III - <i>coping</i> .....	204
Figura 7.6: Modelo da investigação .....	218
Figura 7.7: Modelo de articulação da representação social da Acne .....	220
Figura ApA.1: Questionário-1 .....	235
Figura ApA.2: Questionário-2 .....	236
Figura ApA.3: Questionário-3 .....	237
Figura ApA.4: Questionário-4 .....	237
Figura ApA.5: Questionário-5 .....	237
Figura ApA.6: Questionário-6 .....	238
Figura ApA.7: Questionário-7 .....	239
Figura ApA.8: Questionário-8 .....	240
Figura ApA.9: Questionário-9 .....	241
Figura ApA.10: Questionário-10 .....	241
Figura ApA.11: Questionário-11 .....	242
Figura ApA.12: Questionário-12 .....	242
Figura ApA.13: Questionário-13 .....	243
Figura ApA.14: Questionário-14 .....	243
Figura ApA.15: Questionário-15 .....	244
Figura ApA.16: Questionário-16 .....	245
Figura ApA.17: Questionário-17 .....	246
Figura ApA.18: Questionário-18 .....	247
Figura ApA.19: Questionário-19 .....	248
Figura ApA.20: Questionário-20 .....	249
Figura ApA.21: Questionário-21 .....	249
Figura ApA.22: Questionário-22 .....	250

Figura ApA.23: Questionário-23 .....	251
Figura ApA.24: Questionário-24 .....	251
Figura ApC.1: Estudo II - Amostra - distribuição geográfica .....	264
Figura ApD.1: Estudo III - Amostra - distribuição geográfica .....	284



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1: Estudo II - EADS-21 - Psicopatologia na ansiedade .....	108
Gráfico 5.2: Estudo II - EADS-21 - Psicopatologia na depressão .....	109
Gráfico 5.3: Estudo II - EADS-21 - Psicopatologia no stresse .....	109
Gráfico 5.4: Estudo II - TAS-20 - Interpretação nos grupos .....	114
Gráfico 5.5: Estudo II - TAS-20 - Interpretação por subgrupo com Acne .....	114
Gráfico 5.6: Estudo II - Estratégia de <i>coping</i> focado no problema - dimensão 1 ...	119
Gráfico 5.7: Estudo II - Estratégia de <i>coping</i> de ativação emocional - dimensão 2	120
Gráfico 5.8: Estudo II - Estratégia de <i>coping</i> de evitamento emocional - dimensão 3 .....	120
Gráfico 5.9: Estudo II - ICA - Procura de informação sobre a Acne .....	129
Gráfico 5.10: Estudo II - ICA - Conversa ou pedido de ajuda .....	130
Gráfico 5.11: Estudo II - ICA - Tempo entre o aparecimento da Acne e a procura de tratamento .....	131
Gráfico 6.1: Estudo III - Frequências dos valores de IQV-D total segundo a gravidade da Acne .....	144
Gráfico 6.2: Estudo III - IQV-D por grau de gravidade da Acne e efeitos na vida do indivíduo .....	146
Gráfico 6.3: Estudo III - TAS-20 - Distribuição da amostra total por intensidade da alexitimia .....	159
Gráfico 6.4: Estudo III - TAS-20 - Distribuição da amostra por grupos de Acne e intensidade da alexitimia .....	159
Gráfico 6.5: Estudo III - ICA - Recorreu a alguém especializado para o	

tratamento da Acne .....	179
Gráfico 6.6: Estudo III - ICA - Onde procurou informação sobre a Acne .....	179
Gráfico 6.7: Estudo III - ICA - Com quem conversou sobre a Acne ou pediu ajuda .....	180
Gráfico 7.1: Estudo II, EADS-21 .....	194
Gráfico 7.2: Estudo II, EADS-21, grupo com Acne .....	194
Gráfico 7.3: Estudo III, EADS-21 .....	196
Gráfico ApC.1: Estudo II - ICA - Há uma predisposição hereditária para a Acne	266
Gráfico ApC.2: Estudo II - ICA - A Acne deve-se a alterações das hormonas .....	266
Gráfico ApC.3: Estudo II - ICA - A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele .....	267
Gráfico ApC.4: Estudo II - ICA - A Acne deve-se à ingestão de chocolate .....	267
Gráfico ApC.5: Estudo II - ICA - A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos .....	268
Gráfico ApC.6: Estudo II - ICA - Espremer as borbulhas agrava a Acne .....	268
Gráfico ApC.7: Estudo II - ICA - Apanhar sol melhora a Acne .....	269
Gráfico ApC.8: Estudo II - ICA - A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo .....	269
Gráfico ApC.9: Estudo II - ICA - A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais .....	270
Gráfico ApC.10: Estudo II - ICA - A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores .....	270
Gráfico ApC.11: Estudo II - ICA - A Acne altera o bem-estar .....	271
Gráfico ApC.12: Estudo II - ICA - Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada .....	271
Gráfico ApC.13: Estudo II - ICA - A Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem .....	272
Gráfico ApC.14: Estudo II - ICA - As estratégias utilizadas para lidar com a	



Acne mudam com a idade .....	272
Gráfico ApC.15: Estudo II - ICA - As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino .....	273
Gráfico ApC.16: Estudo II - ICA - A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado .....	273
Gráfico ApC.17: Estudo II - ICA - Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível .....	274
Gráfico ApC.18: Estudo II - ICA - Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível .....	274
Gráfico ApC.19: Estudo II - ICA - Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível .....	275
Gráfico ApC.20: Estudo II - ICA - Uso barba para tapar a Acne o mais possível .....	275
Gráfico ApC.21: Estudo II - ICA - Evito pensar na Acne .....	276
Gráfico ApC.22: Estudo II - ICA - Tento abstrair-me da Acne .....	276
Gráfico ApC.23: Estudo II - ICA - Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos .....	277
Gráfico ApC.24: Estudo II - ICA - Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne .....	277
Gráfico ApC.25: Estudo II - ICA - Evito sair de casa quando estou com Acne ..	278
Gráfico ApC.26: Estudo II - ICA - Evito sair à noite quando estou com Acne ...	278
Gráfico ApC.27: Estudo II - ICA - Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne .....	279
Gráfico ApC.28: Estudo II - ICA - Procuro ajuda médica para a Acne .....	279
Gráfico ApC.29: Estudo II - ICA - Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi (foram) indicados para a Acne .....	280
Gráfico ApD.1: Estudo III - Modo de manifestação da Acne .....	286
Gráfico ApD.2: Estudo III - Durante quanto tempo teve Acne / Há quanto tempo tem Acne .....	286

Gráfico ApD.3: Estudo III - Distribuição das cicatrizes .....	287
Gráfico ApD.4: Estudo III - ICA - Há uma predisposição hereditária para a Acne .....	292
Gráfico ApD.5: Estudo III - ICA - A Acne deve-se a alterações das hormonas ..	293
Gráfico ApD.6: Estudo III - ICA - A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele .....	293
Gráfico ApD.7: Estudo III - ICA - A Acne deve-se a ingestão de chocolate .....	294
Gráfico ApD.8: Estudo III - ICA - A Acne deve-se a ingestão de produtos lácteos .....	294
Gráfico ApD.9: Estudo III - ICA - Espremer as borbulhas agrava a Acne .....	295
Gráfico ApD.10: Estudo III - ICA - Apanhar sol melhora a Acne .....	295
Gráfico ApD.11: Estudo III - ICA - A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo .....	296
Gráfico ApD.12: Estudo III - ICA - A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais .....	296
Gráfico ApD.13: Estudo III - ICA - A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores .....	297
Gráfico ApD.14: Estudo III - ICA - Ter Acne altera o bem-estar .....	297
Gráfico ApD.15: Estudo III - ICA - Ter Acne quando se é mais novo, prejudica mais o bem-estar .....	298
Gráfico ApD.16: Estudo III - ICA - A Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem .....	298
Gráfico ApD.17: Estudo III - ICA - As estratégias para lidar com a Acne mudam com a idade .....	299
Gráfico ApD.18: Estudo III - ICA - As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino .....	299
Gráfico ApD.19: Estudo III - ICA - A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado .....	300

Gráfico ApD.20: Estudo III - ICA - Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível .....	303
Gráfico ApD.21: Estudo III - ICA - Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível .....	304
Gráfico ApD.22: Estudo III - ICA - Uso franja e/ou corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível .....	304
Gráfico ApD.23: Estudo III - ICA - Uso barba para tapar a Acne o mais possível .....	305
Gráfico ApD.24: Estudo III - ICA - Evito pensar na Acne .....	305
Gráfico ApD.25: Estudo III - ICA - Tento abstrair-me da Acne .....	306
Gráfico ApD.26: Estudo III - ICA - Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos .....	306
Gráfico ApD.27: Estudo III - ICA - Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne .....	307
Gráfico ApD.28: Estudo III - ICA - Evito sair de casa quando estou com Acne .....	307
Gráfico ApD.29: Estudo III - ICA - Evito sair à noite quando estou com Acne ..	308
Gráfico ApD.30: Estudo III - ICA - Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne .....	308
Gráfico ApD.31: Estudo III - ICA - Procuro ajuda médica para a Acne .....	309
Gráfico ApD.32: Estudo III - ICA - Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne .....	316
Gráfico ApD.33: Estudo III - ICA - Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne .....	317
Gráfico ApD.34: Estudo III - ICA - Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi(foram) indicado(s) .....	317
Gráfico ApD.35: Estudo III - ICA - Há quanto tempo tem Acne .....	318
Gráfico ApD.36: Estudo III - ICA - A sua Acne manifestava-se .....	318
Gráfico ApD.37: Estudo III - ICA - Há quanto tempo está em tratamento .....	319

Gráfico ApD.38: Estudo III - ICA - Quanto tempo durou o processo de tratamento .....	319
Gráfico ApD.39: Estudo III - ICA - Quanto tempo esteve em tratamento – grupo que teve Acne .....	320
Gráfico ApD.40: Estudo III - ICA - Durante quanto tempo teve Acne .....	320

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1: <i>Acne Quality of Life Scale</i> .....	41
Quadro 2.2: <i>Dermatology-specific Quality of Life</i> (DSQL) .....	41
Quadro 2.3: <i>Family Dermatology Life Quality Index</i> (FDLQI) .....	43
Quadro 2.4: Dimensões do <i>Brief COPE</i> , por escala .....	54
Quadro 3.1: Índice de qualidade de vida dermatológica .....	67
Quadro 3.2: Escalas de ansiedade, depressão e stresse de 21 itens .....	69
Quadro 3.3: As subescalas do COPE .....	73
Quadro 3.4: Estratégias de <i>coping</i> .....	75
Quadro 3.5: Estratificação das pontuações .....	76
Quadro 3.6: Dimensões de <i>coping</i> .....	77
Quadro 3.7: Escala de valores para a alexitimia .....	77
Quadro 3.8: Escala de Alexitimia de Toronto .....	80
Quadro 3.9: Inventário de crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne	81
Quadro 4.1: ICA - Itens aplicados nos diferentes estudos e amostras .....	90
Quadro 4.2: ICA Crenças - respostas padrão .....	97
Quadro 6.1: Aplicação dos instrumentos usados no estudo III .....	143
Quadro 7.1: Estudo III - EADS-21: Médias e medianas - Mann-Whitney .....	196
Quadro 7.2: Estudo II - TAS-20 .....	200
Quadro 7.3: Estudo III - TAS-20: Médias e medianas - Mann-Whitney .....	201



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1: Escala de valores para a interpretação da EADS .....	70
Tabela 3.2: <i>Coping</i> - indicadores .....	76
Tabela 4.1: Frequências das respostas aos itens do ICA Crenças pelos dermatologistas.....	95
Tabela 5.1: Estudo II - Amostra por grupo e gênero .....	101
Tabela 5.2: Estudo II - Acessos à plataforma <i>Survey Monkey</i> .....	102
Tabela 5.3: Estudo II - IQV-D total por subgrupos .....	104
Tabela 5.4: Estudo II - Resultados no IQV-D total para o grupo de indivíduos com Acne .....	106
Tabela 5.5: Estudo II - EADS-21 por subgrupos .....	107
Tabela 5.6: Estudo II - EADS-21 - Frequências da psicopatologia por subgrupos e fatores do EADS-21 .....	108
Tabela 5.7: Estudo II - EADS-21 - Frequências da psicopatologia nos subgrupos com Acne .....	110
Tabela 5.8: Estudo II - EADS-21 - Valores estatísticos para as três dimensões do EADS-21 por grupos de Acne .....	110
Tabela 5.9: Estudo II - EADS-21 - Valores estatísticos para os subgrupos com Acne .....	111
Tabela 5.10: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos .....	113
Tabela 5.11: Estudo II - TAS-20 - Interpretação nos grupos .....	113
Tabela 5.12: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos para o fator 1 .....	115
Tabela 5.13: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos para o fator 2 .....	116
Tabela 5.14: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos para o fator 3 .....	116

Tabela 5.15: Estudo II - Frequências da distribuição dos indivíduos por estratégias de <i>coping</i> e grupos de Acne .....	118
Tabela 5.16: Estudo II - Frequências da distribuição dos indivíduos por dimensões de <i>coping</i> e grupos de Acne .....	119
Tabela 5.17: Estudo II - <i>Brief</i> COPE - Comportamento estatístico das diferentes escalas .....	122
Tabela 5.18: Estudo II - ICA - Crenças sobre Acne .....	126
Tabela 5.19: Estudo II - ICA - Comportamentos .....	128
Tabela 6.1: Estudo III - Distribuição da amostra por grupo e género .....	139
Tabela 6.2: Estudo III - Distribuição dos indivíduos que têm ou tiveram Acne, por gravidade da Acne .....	139
Tabela 6.3: Estudo III - Amostra - Valores estatísticos da idade .....	140
Tabela 6.4: Estudo III - Acessos à plataforma <i>Survey Monkey</i> e respostas aos questionários .....	142
Tabela 6.5: Estudo III - Estatísticas do IQV-D Total para o grupo com Acne, por grau de gravidade .....	144
Tabela 6.6: Estudo III - Frequências do IQV-D por grau de gravidade da Acne e efeitos na vida do indivíduo .....	145
Tabela 6.7: Estudo III - Estatísticas do EADS-21 Total por grupo e grau de gravidade da Acne .....	148
Tabela 6.8: Estudo III - Estatísticas do EADS-21-A - Ansiedade por grupo e grau de gravidade da Acne .....	148
Tabela 6.9: Estudo III - Estatísticas do EADS-21-D - Depressão por grupo e grau de gravidade da Acne .....	149
Tabela 6.10: Estudo III - Estatísticas do EADS-21-S - Stresse por grupo e grau de gravidade da Acne .....	149
Tabela 6.11: Estudo III - EADS-21 - Valor Mann Whitney (p-value) .....	150



Tabela 6.12: Estudo III - Distribuição dos indivíduos pelos cinco escalões da EADS, dimensão da EADS e grupo de análise da amostra .....	152
Tabela 6.13: Estudo III - Distribuição dos indivíduos pelos escalões de severidade nas três dimensões da EADS, por grau de gravidade da Acne .....	153
Tabela 6.14: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Total por grupo e grau de gravidade da Acne .....	155
Tabela 6.15: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Fator 1 por grupo e grau de gravidade da Acne .....	155
Tabela 6.16: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Fator 2 por grupo e grau de gravidade da Acne .....	155
Tabela 6.17: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Fator 3 por grupo e grau de gravidade da Acne .....	156
Tabela 6.18: Estudo III - TAS-20 - Valor de Mann-Whitney (p-value) .....	157
Tabela 6.19: Estudo III - Distribuição dos indivíduos por intensidade da alexitimia por grupo de Acne.....	158
Tabela 6.20: Estudo III - Estatísticas do <i>Brief</i> COPE por subescala e grupo, nas estratégias adaptativas .....	162
Tabela 6.21: Estudo III - Estatísticas do <i>Brief</i> COPE por subescala e grupo, nas estratégias não adaptativas .....	163
Tabela 6.22: Estudo III - <i>Brief</i> COPE - Distribuição da utilização das estratégias por grupos .....	164
Tabela 6.23: Estudo III - <i>Brief</i> COPE - Estatísticas dos grupos no <i>coping</i> adaptativo e não adaptativo .....	164
Tabela 6.24: Estudo III - Distribuição do <i>Brief</i> COPE segundo as três dimensões do <i>coping</i> por grupo .....	165
Tabela 6.25: Estudo III - <i>Brief</i> COPE - Estatísticas por dimensão de <i>coping</i> e grupo .....	166

Tabela 6.26: Estudo III - Estatísticas da idade de aparecimento da Acne por grupo e grau de gravidade .....	169
Tabela 6.27: Estudo III - ICA - Estatística por grupos .....	171
Tabela 6.28: Estudo III - ICA - Crenças, valor Mann-Whitney (p-value) .....	171
Tabela 6.29: Estudo III - ICA - Distribuição das crenças sobre a Acne .....	173
Tabela 6.30: Estudo III - ICA - Distribuição das respostas sobre comportamentos, por grupos .....	176
Tabela 6.31: Estudo III - ICA - Distribuição das respostas sobre tratamento, por grupos .....	178
Tabela 7.1: Distribuição dos indivíduos por intensidade da alexitimia e grupos de Acne .....	202
Tabela ApC.1: Estudo II - Amostra - faixa etária .....	261
Tabela ApC.2: Estudo II - Amostra - distribuição etária por subgrupos .....	261
Tabela ApC.3: Estudo II - Amostra - grau de escolaridade .....	262
Tabela ApC.4: Estudo II - Amostra - estado civil .....	262
Tabela ApC.5: Estudo II - Amostra - agregado familiar .....	263
Tabela ApC.6: Estudo II - Amostra - estado civil dos pais .....	263
Tabela ApC.7: Estudo II - Síntese dos resultados das sete subescalas da IQV-D .	265
Tabela ApD.1: Estudo III - Amostra - faixa etária .....	281
Tabela ApD.2: Estudo III - Amostra - distribuição etária por subgrupos .....	281
Tabela ApD.3: Estudo III - Amostra - grau de escolaridade .....	282
Tabela ApD.4: Estudo III - Amostra - grau de escolaridade - áreas de estudo universitário .....	282
Tabela ApD.5: Estudo III - Amostra - grau de escolaridade - cursos .....	282
Tabela ApD.6: Estudo III - Amostra - estado civil .....	283
Tabela ApD.7: Estudo III - Amostra - agregado familiar .....	283
Tabela ApD.8: Estudo III - Amostra - rendimento do agregado familiar .....	283

Tabela ApD.9: Estudo III - Valores parciais de IQV-D por grau de gravidade da Acne .....	285
Tabela ApD.10: Estudo III - Marcas ou cicatrizes da Acne .....	287
Tabela ApD.11: Estudo III - Outra doença diagnosticada .....	287
Tabela ApD.12: Estudo III - Outras patologias associadas à Acne .....	288
Tabela ApD.13: Estudo III - ICA - Crenças sobre a Acne do grupo que teve Acne .....	288
Tabela ApD.14: Estudo III - ICA - Crenças sobre a Acne do grupo com Acne ...	290
Tabela ApD.15: Estudo III - ICA - Comportamentos do grupo que teve Acne ...	300
Tabela ApD.16: Estudo III - ICA - Comportamentos do grupo com Acne .....	302
Tabela ApD.17: Estudo III - ICA - Tratamento no grupo que teve Acne .....	309
Tabela ApD.18: Estudo III - ICA - Tratamento no grupo com Acne .....	310
Tabela ApD.19: Estudo III - ICA - Ajuda de especialistas no tratamento da Acne .....	310
Tabela ApD.20: Estudo III - ICA - Tempo que demorou a recorrer a ajuda .....	310
Tabela ApD.21: Estudo III - ICA - Acompanhamento na primeira consulta .....	311
Tabela ApD.22: Estudo III - ICA - Acompanhamento nas consultas seguintes ...	311
Tabela ApD.23: Estudo III - ICA - Classificação do que é para o indivíduo ter Acne .....	311
Tabela ApD.24: Estudo III - ICA - Classificação de como vê a Acne nos outros	312
Tabela ApD.25: Estudo III - ICA - Em que idade surgiu a Acne .....	312
Tabela ApD.26: Estudo III - ICA - Procurou informação sobre a Acne .....	313
Tabela ApD.27: Estudo III - ICA - Conversou sobre a Acne ou pediu ajuda a alguém .....	313
Tabela ApD.28: Estudo III - ICA - Recorreu a alguém especializado para o tratamento da Acne .....	313
Tabela ApD.29: Estudo III - ICA - Qual o tempo que demorou entre o	

aparecimento da Acne e a procura de tratamento .....	314
Tabela ApD.30: Estudo III - ICA - A marcação da primeira consulta .....	314
Tabela ApD.31: Estudo III - ICA - No presente encontra-se em tratamento .....	314
Tabela ApD.32: Estudo III - ICA - Há quanto tempo está em tratamento .....	315
Tabela ApD.33: Estudo III - ICA - Quanto tempo durou o processo de tratamento .....	315
Tabela ApD.34: Estudo III - ICA - Quanto tempo esteve em tratamento .....	315
Tabela ApD.35: Estudo III - ICA - Considera que o tratamento está a ser eficaz	315
Tabela ApD.36: Estudo III - ICA - Considera que o tratamento foi eficaz .....	316
Tabela ApD.37: Estudo III - ICA - Considera-se tratado .....	316

## RESUMO

O presente estudo centra-se nas características e no impacto psicológico associado à vivência subjetiva de ter Acne.

Construiu-se o *Inventário de crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne*, ICA a partir de 45 entrevistas semiestruturadas, submetidas à análise de conteúdo.

Aplicou-se um protocolo constituído por instrumentos para medir a qualidade de vida, a ansiedade, a depressão, o stresse, as estratégias de *coping*, a alexitimia; as crenças, comportamentos e tratamento face à Acne, foram avaliadas utilizando o ICA.

Foram estudadas duas amostras de conveniência da população portuguesa: uma composta por 367 sujeitos, com uma idade média de 34 anos e dividida em dois grupos: indivíduos sem Acne e indivíduos com Acne; uma segunda amostra de 1.666 universitários com idade média de 23 anos, repartida por três grupos: indivíduos sem Acne, indivíduos com Acne e indivíduos que tiveram Acne.

A análise dos resultados sugere que a Acne tem pequeno impacto na qualidade de vida. No grupo de indivíduos acneicos com idade média de 34 anos, a Acne está mais associada à depressão, à ansiedade e ao stresse, à medida que a acne é percebida com mais gravidade. O grupo mais jovem vivencia indícios de depressão somente quando a Acne se agrava. Os indivíduos acneicos lidam de forma adequada com a Acne, utilizando estratégias de *coping* predominantemente adaptativas e flexíveis, variando entre a utilização de uma estratégia de ativação emocional, nos mais jovens, e uma estratégia de evitamento emocional, nos mais velhos. Em ambos os estudos os indivíduos revelaram ter crenças com fundamento médico sobre a Acne. Existe uma tendência para haver alguns alexitímicos nos indivíduos acneicos, especialmente quando a gravidade da Acne aumenta.

A diversidade de resultados obtidos nos estudos leva a pensar que as características e as consequências psicológicas associadas à vivência da Acne poderão depender de variáveis mediadoras, por identificar. Uma articulação mais estreita entre as abordagens dermatológica e psicológica à Acne poderá contribuir para atenuar o seu impacto.

**Palavras-chave:** Acne; Impacto psicológico; Qualidade de vida; *Coping*; Crenças



## ABSTRACT

This investigation focuses on the characteristics and psychological impact associated with the subjective experience of having Acne.

The inventory of beliefs, behaviours and treatment, about Acne, ICA, was built, based on 45 semi-structured interviews, subjected to content analysis.

A protocol consisting of instruments to measure the quality of life, anxiety, depression, stress, coping strategies, alexithymia was applied and the beliefs, behaviours and Acne treatment were measured using ICA.

Two convenience samples of the Portuguese population were used: one composed of 367 subjects with an average age of 34 years and divided into two groups: subjects without Acne and subjects who have Acne. A second sample of 1.666 university students with an average age of 23 years, divided into three groups: subjects without Acne, with Acne and subjects who had Acne.

The analysis of the results suggests that Acne has little impact on the quality of life. In the subjects with Acne with an average age of 34, Acne is more associated with depression, anxiety, and stress, when Acne is perceived with greater severity. The younger individuals with Acne experience depression only when Acne gets worse. They all deal properly with Acne using mainly adaptive and flexible coping strategies, ranging from emotional activation strategies (the younger ones) to emotional avoidance strategies (the older ones). In both studies subjects seem to have medically founded beliefs concerning Acne. There is a trend for some alexithymia among the individuals with Acne, particularly when the severity of Acne increases.

The diversity of results in our studies suggests that the characteristics and the psychological consequences associated with the experience of Acne may depend on mediating variables yet to identify. A closer articulation between the dermatological and psychological approaches to Acne could contribute to mitigate its impact.

**Keywords:** Acne; Psychological impact; Quality of life; Coping; Beliefs





## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AAD: Academia Americana de Dermatologia.

BC: *Brief* COPE.

*Brief* COPE: Versão abreviada do COPE.

CIPUL: Centro de Investigação de Psicologia da Universidade de Lisboa.

COPE: Inventário de medida do *coping*.

COPE A: Estratégia de aceitação.

COPE AC: Estratégia de auto culpabilização.

COPE AD: Estratégia de auto-distração.

COPE CA: Estratégia de *coping* ativo.

CPE DC: Estratégia de desinvestimento corporal.

COPE ES: Estratégia de expressão de sentimentos.

COPE H: Estratégia de humor.

COPE N: Estratégia de negação.

COPE P: Estratégia de planejar.

COPE R: Estratégia de religião.

COPE RP: Estratégia de reinterpretação positiva.

COPE SE: Estratégia de utilizar suporte social emocional.

COPE SI: Estratégia de utilizar suporte instrumental.

COPE US: Estratégia de uso de substâncias.

CSD: *Chronic Skin Disorders*.

DASS: *Depression Anxiety Stress Scales*.

DLQI: *Dermatology Life Quality Index*.

DSQL: *Dermatology-specific Quality of Life*.

DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.

EADS-21: Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens.

EADS-A: Escala de Ansiedade da EADS-21.

EADS-D: Escala de Depressão da EADS-21.

EADS-S: Escala de Stresse da EADS-21.

FDLQI: *Family Dermatology Life Quality Index*.

ICA: Inventário de Crenças e Comportamentos sobre a Acne.

ICIDH: *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*.

IQV-D: Índice de Qualidade de Vida Dermatológica.

IQV-D-AL: Índice de qualidade de Vida Dermatológica - Atividades de Lazer.

IQV-D-AQ: Índice de qualidade de Vida Dermatológica - Atividades Quotidianas.

IQV-D-ATE: Índice de qualidade de Vida Dermatológica - Atividades de trabalho ou escolares.

IQV-D-RT: Índice de qualidade de Vida Dermatológica - Relações Pessoais.

IQV-D-SS: Índice de qualidade de Vida Dermatológica - Sintomas e Sentimentos.

IQV-D-T: Índice de qualidade de Vida Dermatológica - Tratamento.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*.

TAS-20: Escala de Alexitimia de Toronto.

## Capítulo 1

### Introdução

#### 1.1 Introdução

A Acne é uma doença quase universal, nos adolescentes e jovens adultos das sociedades ocidentais, com um impacto físico, social e psicológico. A vivência da Acne como um trauma é relatada pelos pacientes na clínica psicoterapêutica.

A enorme incidência da Acne na população adolescente e jovem adulta - em mais de 80% (Teixeira, Vieira & Figueiredo, 2012) - e a constatação de que esta patologia dermatológica se está a tornar cada vez mais frequente em adultos, torna-a uma perturbação digna de investigação detalhada, tanto ao nível dos seus efeitos psicológicos - imediatos e posteriores -, por vezes com repercussões ao nível da socialização, como na investigação das hipóteses levantadas por alguns autores, que consideram haver causas psicológicas na sua origem e/ou a potenciar o seu agravamento.

É expectável encontrar em indivíduos com Acne uma barreira às relações sociais (Timms, 2013), diminuição de qualidade de vida (Gupta, Johnson & Gupta, 1998), aumento do stress (Huynh, Gupta & Koo, 2013), aumento dos índices de depressão e ansiedade (Kurtalic, Hadzigraphic, Tahirovic & Sadic, 2010), ou o uso de estratégias de *coping* pouco adaptadas ao problema (Rigopoulos et al., 2007).

Do ponto de vista médico, a Acne é pensada como uma doença cutânea inflamatória com vários fatores fisiopatológicos envolvidos, polimórfica e com grande variação na gravidade das suas manifestações. Pode ser encarada como crónica, devido ao seu carácter prolongado, com evolução lenta ou períodos agudos de agravamento. É uma doença ligada principalmente às hormonas androgénicas e pensa-se que pode ter um impacto psicológico marcado no indivíduo afetado, dado que a sua localização é predominante em áreas visíveis, sobretudo na

face, o que poderá interferir negativamente com a autoimagem e a aceitação social. Muito mais do que um simples problema de estética, a Acne pode originar problemas psicológicos nos pacientes (Niemeir, Kupfer & Gieler *in* Darwish & Al-Rubaya, 2013).

No âmbito da psicologia, pode-se colocar os aspetos dominantes sobre a Acne a três níveis:

1. A forma como a doença é subjetivamente vivida pelo paciente.
2. A forma como a doença é encarada e valorizada socialmente, ou seja, qual a representação social predominante no nosso tempo.
3. As alterações psicológicas e emocionais prévias que poderão predispor ao adoecer acneico ou ser condição propícia ao seu agravamento. Isto é, haverá uma relação direta entre a doença, a sua gravidade e fatores psicológicos predisponentes ao seu aparecimento ou agravamento?

Salienta-se a afirmação de Sulzberger e Zaidems em 1948, de que não existe outra doença que cause maior trauma psicológico, maior desajustamento entre pais e filhos, maior insegurança e sentimento de inferioridade e grande sofrimento físico do que a Acne (Koo, 1995; Uhlenhake, Yentzer, & Feldman, 2010).

## 1.2 Enquadramento

Dado que a Acne é uma doença de pele com elevada incidência na população adolescente e com uma incidência crescente nos jovens adultos, é da maior importância compreender a forma como os indivíduos lidam emocionalmente, psicologicamente e socialmente com esta patologia.

Se, como alguns estudos defendem, a Acne é efetivamente uma condição de perturbação da pele que gera alterações significativas em termos emocionais ou psicológicos e, se constataremos que o seu impacto é potencialmente traumático ou se venha a encontrar indícios de origem psicossomática, então torna-se crucial encontrar formas mais adequadas de minimizar todos os possíveis efeitos nocivos.

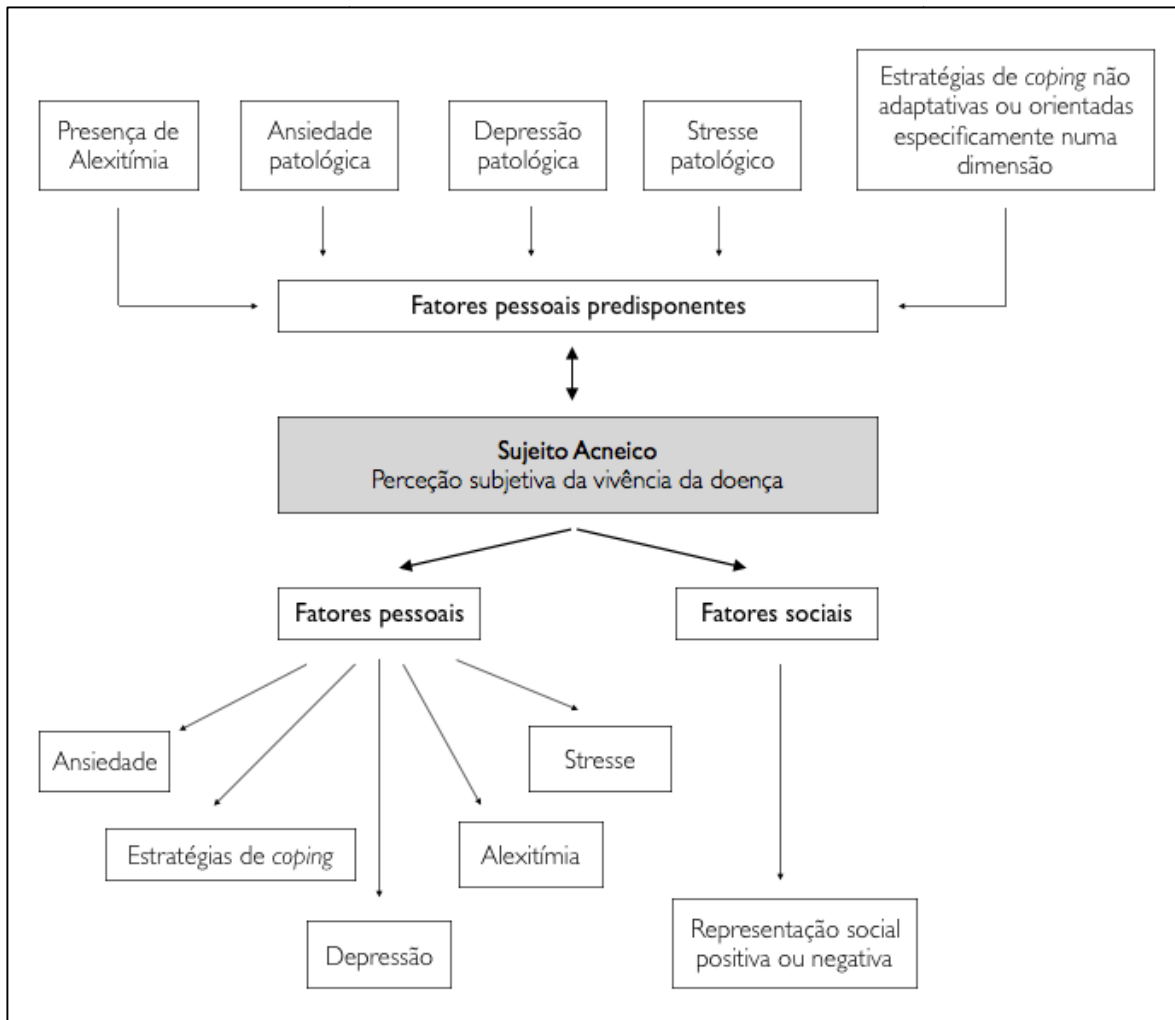
A quantidade de pessoas abrangidas pela doença poderá justificar planos de intervenção e/ou prevenção em grande escala. Naturalmente que o planeamento e consequente implementação de campanhas de sensibilização ou outras têm implicações financeiras para a comunidade e,

portanto, será de importância vital a existência de estudos que indaguem e detalhem as especificidades e consequências a curto e médio prazo, de uma doença como a Acne. Na eventualidade de se constatar a necessidade de uma ação concertada em saúde pública, é necessário saber exatamente qual o público alvo e, principalmente, quais as questões fundamentais e os resultados pretendidos. O presente estudo poderá contribuir para tal, apresentando um retrato (naturalmente limitado e circunscrito) da situação atual portuguesa (relativamente a este tema).

Este estudo pretende, portanto, ser um contributo para uma melhor e mais profunda compreensão da Acne em Portugal e, principalmente, da forma como ela é subjetivamente percebida por portugueses que dela padecem, para que se possam oferecer condições de conhecimento melhoradas, na construção de futuros instrumentos de intervenção em saúde pública.

Para além do desenvolvimento e implementação de possíveis campanhas de sensibilização, promoção da saúde na comunicação social com o intuito de suavizar o impacto da vivência da Acne, também poderá ser importante - ou até mesmo determinante - agir junto dos médicos de família e dermatologistas, sensibilizando-os ainda mais para a importância da componente psicológica da Acne e, junto dos médicos de família, para a necessidade de encaminhamento precoce do doente para os dermatologistas. Tais medidas contribuirão para evitar a evolução da doença e o instalar de um quadro crónico, que poderá afetar várias esferas da vida do paciente, diminuindo - eventualmente de um modo significativo - a sua qualidade de vida. Considera-se ainda que é igualmente fundamental alertar os médicos de família e os dermatologistas para a importância do encaminhamento dos pacientes em maior risco de perturbação psicológica para a consulta de psicologia e psicoterapia.

A figura 1.1 evidencia as relações complexas entre os fatores predisponentes para uma vivência da Acne com perturbações psicológicas e emocionais e as consequências, também elas emocionais e psicológicas, geradas pela própria vivência subjetiva da Acne.



**Figura 1.1: Implicações dos diversos fatores pessoais e sociais na vivência subjetiva da Acne**

A forma como a doença é subjetivamente vivida pelo paciente acneico depende simultaneamente de fatores pessoais e fatores sociais.

Os fatores pessoais que podem condicionar a vivência desta doença passam, provavelmente, pela incapacidade do indivíduo lidar positivamente com alterações da imagem corporal, o que, por sua vez, poderá revelar sensibilidade à depressão, ansiedade, stresse, assim como a utilização de mecanismos de *coping* desadequados, não adaptativos e ineficazes, e ainda a inexistência de competências de fluência comunicativa dos seus sentimentos e emoções, ou seja, Alexitímia.

Os fatores sociais podem depender do modo como a sociedade no seu conjunto e principalmente os seus pares encaram a Acne, ou seja, da representação social da Acne e a forma como esta poderá contribuir para estigmatizar e desvalorizar o indivíduo acneico.

### 1.3 Justificação do tema

Na clínica psicoterapêutica, os pacientes, mesmo sem marcas visíveis de Acne, relatam frequentemente a vivência desta situação com uma grande carga emocional. Esta constatação, aparentemente surpreendente - dado tratar-se de uma doença dermatológica tão comum - desencadeou o interesse em identificar os fatores que contribuem para que esta experiência seja registada pelos doentes com memórias tão negativas e como tendo sido uma condição de prejuízo psicológico, ainda geradora de sofrimento psíquico.

Foi da observação clínica - como Sigmund Freud (1856-1939) preconizou ao longo da sua obra (Jones, 1989), o desenvolvimento de conceitos a partir da prática clínica - que surgiu a interrogação: Como é que tantos anos passados sobre a vivência da Acne, e apesar desta doença não implicar risco de morte, se mantém o impacto psíquico?

Simultaneamente, a nossa (de)formação em psicologia e psicanálise tornou-nos particularmente despidos para a ligação mente-corpo, entre a psique-soma. A simplicidade aparente da patologia acneica, induzida pela sua elevada incidência e entendimento generalizado de que se trata de “algo” menor, contrastava com a intuição de que “algo” de maior estaria implicado nas dinâmicas psicológicas, quer à superfície, quer em profundidade. Neves (2005) debruçou-se sobre os mecanismos de defesa psíquicos e a sua extraordinária importância para o equilíbrio mental. Esta investigação abriu caminho para a compreensão de como a mente também se expressa através do corpo e que o corpo “fala” com a mente, expressando-se somaticamente.

Como é possível constatar na revisão de literatura, as patologias dermatológicas mais graves e exuberantes são os alvos principais da investigação nesta área. A Acne é deixada para segundo plano, num certo sentido menosprezada pela convicção fortemente enraizada de que é um “mal menor” e comum. É frequente observarem-se imagens humorísticas que representam o efeito da Acne nos adolescentes. Jovens com o rosto pejado de borbulhas, com uma expressão atónita. Ridiculariza-se também, nos mais variados contextos, a forma excessiva como os adolescentes tendem a aumentar subjetivamente o impacto da micro deformação do rosto causada pela Acne. A imagem de um adolescente atormentado ao espelho, centrado na pequena borbulha do queixo ou do nariz que, ao seu olhar, é precisamente esse defeito que o transforma num monstro.

O que esconde algo aparentemente tão simples e comum como a Acne, que pode, paradoxalmente, ter o poder de causar tanto sofrimento psicológico?

O percurso natural levaria a um trabalho de investigação baseado em estudos de caso em profundidade numa linha psicanalítica, mas a verificação da universalidade da Acne fez com que se considerasse que o benefício da investigação não se deverá restringir ao caso particular e específico, mas à compreensão do que acontece no grande grupo e das questões ligadas à saúde pública. Pensa-se que os resultados - incluindo a construção de um instrumento - e as conclusões que se possam obter poderão ser úteis se servirem um grande número de pessoas e se puderem, mesmo que de forma algo limitada, contribuir para evitar que outras pessoas venham a sofrer por muito tempo e durante muitos anos, após terem vivido uma Acne que lhes deixou marcas mais profundas do que aquelas que persistiram na sua pele.

#### **1.4 Objeto e objetivos de investigação**

O objeto desta investigação é o estudo da componente psíquica que a Acne provoca no paciente, assim como o seu impacto nos comportamentos e atitudes adotadas.

O objetivo geral da investigação é investigar as características psicológicas dos indivíduos com Acne e/ou que tiveram Acne, ou seja, contribuir para a identificação do perfil psicológico do indivíduo que percebe ter Acne no presente ou ter tido no passado. Para o efeito, procura-se:

- Identificar os aspetos psicológicos associados aos doentes com Acne e/ou que tiveram Acne;
- Investigar a relação dos indivíduos acneicos com a sua própria doença em termos da sua experiência subjetiva, comportamentos e tratamento.

Considera-se que estes aspetos podem vir a constituir-se como uma referência e um contributo para melhor adesão ao tratamento de doentes acneicos, permitindo que o acompanhamento da doença seja também feito do ponto de vista psicológico.

Os pacientes com Acne procuram maioritariamente o tratamento da sua doença junto de um médico de família ou dermatologista, entre outros. Considerando as repercussões psicológicas



ao nível da autoestima, autoimagem e aceitação social, seria desejável que os profissionais de saúde que os seguem tivessem alguns indicadores que lhes permitissem rastrear os indivíduos mais afetados psicologicamente e encaminhá-los para profissionais de saúde, também na sua vertente psíquica.

Neste enquadramento, os objetivos específicos são:

1. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne aos aspetos psicológicos da qualidade de vida dermatológica.
2. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne aos aspetos psicológicos da depressão.
3. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne aos aspetos psicológicos da ansiedade.
4. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne aos aspetos psicológicos do stresse.
5. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne aos aspetos psicológicos do estilo de *coping*.
6. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne aos aspetos psicológicos da alexitimia.
7. Identificar as diferenças significativas entre os diferentes grupos em estudo no que concerne às crenças, comportamentos e atitudes.

## 1.5 Pergunta de partida da investigação e perguntas derivadas

Para orientar o trabalho ao longo desta investigação, no sentido de se desenvolver uma estrutura coerente com os objetivos em estudo, formulou-se a seguinte pergunta inicial:

Qual o impacto psicológico da Acne?

Estabelecida a pergunta de partida, que determinou o objetivo geral do trabalho de investigação, foi então possível definir objetivos específicos, traduzidos nas seguintes perguntas derivadas:

Pergunta derivada 1: O que caracteriza o perfil psicológico do indivíduo acneico?

Pergunta derivada 2: A qualidade de vida dos indivíduos com Acne é afetada?

Pergunta derivada 3: Os estados depressivos, ansiosos e/ou stressantes alteram ou são alterados pela vivência da Acne?

Pergunta derivada 4: Os indivíduos com Acne têm modos específicos de *coping*?

Pergunta derivada 5: Os indivíduos com Acne ou que tiveram Acne tendem a ser alexitímicos?

Pergunta derivada 6: Quais as crenças dominantes sobre a Acne?

Pergunta derivada 7: Quais os comportamentos utilizados para lidar com a Acne?

Pergunta derivada 8: De que forma o indivíduo com vivência da Acne se relaciona com o seu tratamento?

## 1.6 Hipóteses

Perante as perguntas formuladas, foram consideradas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: O indivíduo acneico apresenta características específicas diferenciadoras.

Hipótese 2: As crenças sobre Acne dos indivíduos com esta vivência são crenças ditas realistas, ou seja, crenças medicamente fundamentadas.

Hipótese 3: Os indivíduos com vivência da Acne têm níveis de afetação psicológica diferentes dos apresentados pelos indivíduos sem a perceção de vivência da Acne, no que concerne a:

H 3.1: Qualidade de vida dermatológica

H 3.2: Depressão

H 3.3: Ansiedade

H 3.4: Stresse

H 3.5: Utilização de estratégias de *coping*

H 3.6: Níveis de Alexitímia

H 3.7: Crenças sobre a Acne

Hipótese 4: Os indivíduos com vivência da *Acne moderada ou grave* têm níveis de afetação psicológica diferentes dos apresentados pelos indivíduos com a percepção subjetiva de vivência da *Acne ligeira*, no que concerne a:

H 4.1: Qualidade de vida dermatológica

H 4.2: Depressão

H 4.3: Ansiedade

H 4.4: Stresse

H 4.5: Utilização de estratégias de *coping*

H 4.6: Níveis de Alexitímia

H 4.7: Crenças sobre a Acne

H 4.8: Comportamentos para lidar com a Acne

H 4.9: Procura de informação e tratamento junto de especialistas

## 1.7 Modelo metodológico da investigação

A presente investigação procurou ajustar o seu modelo metodológico às teorias de investigação científica mais adoptadas. Apesar de poder haver terminologias distintas ou processos com fases mais ou menos detalhadas, no essencial existe uma metodologia de investigação algo consensual no que respeita ao desenvolvimento e à sequência.

Sarmiento (2008) divide o processo de investigação em três fases:

1. A fase exploratória, com a identificação do problema de investigação, a formulação das questões de investigação, a definição dos objetivos de investigação, a lista de conhecimentos e competências a adquirir, a formulação das hipóteses, e a metodologia da investigação científica.
2. A fase analítica, que inclui a metodologia da investigação analítica e a interpretação dos resultados.

3. A fase conclusiva, que contém a confirmação das hipóteses e verificação dos objetivos, a discussão dos resultados, a exposição das conclusões e recomendações, e a apresentação de investigações futuras.

Quivy e Campenhoudt (2005) elencam sete etapas no procedimento de investigação, divididas por três estádios (rotura, construção e verificação), que no essencial descrevem o mesmo processo. Flick (2009) prevê onze passos na investigação científica, que também correspondem a uma sequência similar.

A presente investigação faz a apresentação de três estudos, que dão conta dos progressos e complementaridades da investigação em vários momentos, e está organizada da seguinte forma:

1. Após a definição do objeto e objetivos de investigação, da pergunta de partida da investigação, respetivas perguntas derivadas e consequentes hipóteses, a metodologia seguida para a componente teórica é sustentada pela análise documental em artigos, revistas científicas, monografias, livros, procurando-se respostas para as hipóteses no plano teórico.

Com base na literatura de referência - nas diferentes perspetivas psicológicas e médicas - procurou-se enquadrar a saúde pública e a epidemiologia, caracterizar os aspetos psicológicos da pele e da Acne, analisar a qualidade de vida no contexto da dermatologia, representar os aspetos estruturantes da depressão, ansiedade e do stresse, abordar os aspetos fundamentais da alexitimia, compreender as estratégias de *coping*, e expor as crenças ligadas com a Acne, relacionando-as com a representação social.

A revisão de literatura foi realizada em diferentes momentos do desenvolvimento deste trabalho. Inicialmente foram efetuadas leituras mais dispersas com o intuito de se obter uma noção geral, uma panorâmica, do estado da arte sobre o tema em questão, identificando quais as lacunas de investigação e qual poderia ser a pertinência do caminho a seguir. Num segundo momento, houve lugar a leituras complementares no âmbito das metodologias que enquadram o trabalho e orientaram a seleção dos instrumentos a utilizar e o trabalho no terreno.

2. Em seguida descreve-se, passo a passo, o trabalho de campo efetuado no âmbito desta investigação. O primeiro passo dado foi a construção de um instrumento que permitisse efetuar um levantamento das crenças, comportamentos e atitudes relativamente à Acne. Para o efeito foi criado, de raiz, o *Inventário de Crenças*,

*Comportamentos e Tratamento sobre a Acne* (ICA), que se constituiu no primeiro estudo prático da investigação, qualitativo, materializado por 45 entrevistas semiestruturadas a pacientes com e/ou que tiveram Acne, e a 30 profissionais de saúde. O ICA foi apresentado a 95 dermatologistas, que nos deram uma medida das crenças medicamente fundamentadas, de modo a obter um padrão para análise dos resultados dos estudos subsequentes.

Foi efetuado um segundo estudo, quantitativo, a uma amostra de conveniência com 367 indivíduos, a quem foram aplicados instrumentos - entre os quais o ICA (versão 1.0) - para medir a qualidade de vida dermatológica, a ansiedade, a depressão e o stresse, a alexitimia, as estratégias de *coping* e as crenças e comportamentos.

O terceiro estudo, também quantitativo, incluiu a aplicação dos mesmos instrumentos a uma amostra diferente, com 1.666 indivíduos, subdivididos em três grupos. A formulação do ICA foi substancialmente diferente da apresentada no estudo II, correspondendo a uma versão revista deste instrumento (versão 2.0).

A investigação efetuada foi qualitativa e quantitativa, complementando-se estes dois métodos e dando maior precisão e profundidade ao tema em estudo. A investigação qualitativa foi-se afirmando no campo das ciências sociais, com particular destaque para a psicologia. Este tipo de investigação dispõe de uma grande variedade de métodos, assentes em diferentes premissas e visando atingir diferentes objetivos (Flick, 2009).

Neste estudo, principalmente por se tratar de uma investigação no domínio da saúde pública, tentou-se contribuir para o plano prático e para a fácil absorção dos resultados pela comunidade científica em geral e, fundamentalmente, promover benefícios para os indivíduos que padecem ou padeceram de Acne, contribuindo para a formação de bases que tivessem tradução linear no dia-a-dia.

Ainda segundo Flick (2009), as características da investigação qualitativa passam por:

- Adequação dos métodos e teorias;
- Perspetivas dos participantes na sua diversidade;
- Reflexão do investigador sobre o estudo;
- Variedade de métodos e perspetivas na investigação qualitativa;
- Compreensão no sentido filosófico, como princípio epistemológico;
- A reconstituição dos casos como ponto de partida;

- A construção da realidade como base;
- O texto como material empírico.

Os dados obtidos nesta investigação são considerados primários (Sarmiento, 2008), pois foram obtidos pelo próprio investigador através de entrevistas e inquéritos, correspondendo à observação indireta prevista por Quivy e Campenhoudt (2005). Na observação indireta existem dois intermediários entre a informação procurada e a obtida: o indivíduo observado e o instrumento de observação (o guião da entrevista ou o questionário). No estudo I, o tipo de entrevista usado foi a semiestruturada, o que significa que o investigador tem uma série de perguntas prédefinidas, relativamente abertas, mas há espaço para o entrevistado poder falar sobre outros assuntos relacionados (Quivi & Campenhoudt, 2005; Sarmiento, 2008). A análise estatística dos dados foi operacionalizada pela análise de conteúdo, que é o método mais indicado nestas situações (Quivi & Campenhoudt, 2005). A análise de conteúdo, enquanto ferramenta para a análise de dados qualitativos, obedece a uma série de requisitos e fases. Nesta investigação respeitaram-se as fases definidas por Campos (2004) para a análise de conteúdo:

1. Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpo das entrevistas;
2. Seleção das unidades de análise (ou unidades de significado);
3. Processo de categorização e subcategorização.

Os questionários selecionados, para os estudos II e III, foram de administração direta, ou seja, preenchidos pelo inquirido, tendo sido posteriormente efetuado um tratamento dos inquéritos (Quivi & Campenhoudt, 2005). A conceção de cada um dos protocolos a aplicar foi seguida de um teste de coerência e validação, após a elaboração de um pré-teste, tal como preconiza Sarmiento (2008).

O modelo metodológico adotado na presente investigação está ilustrado na figura 1.2.

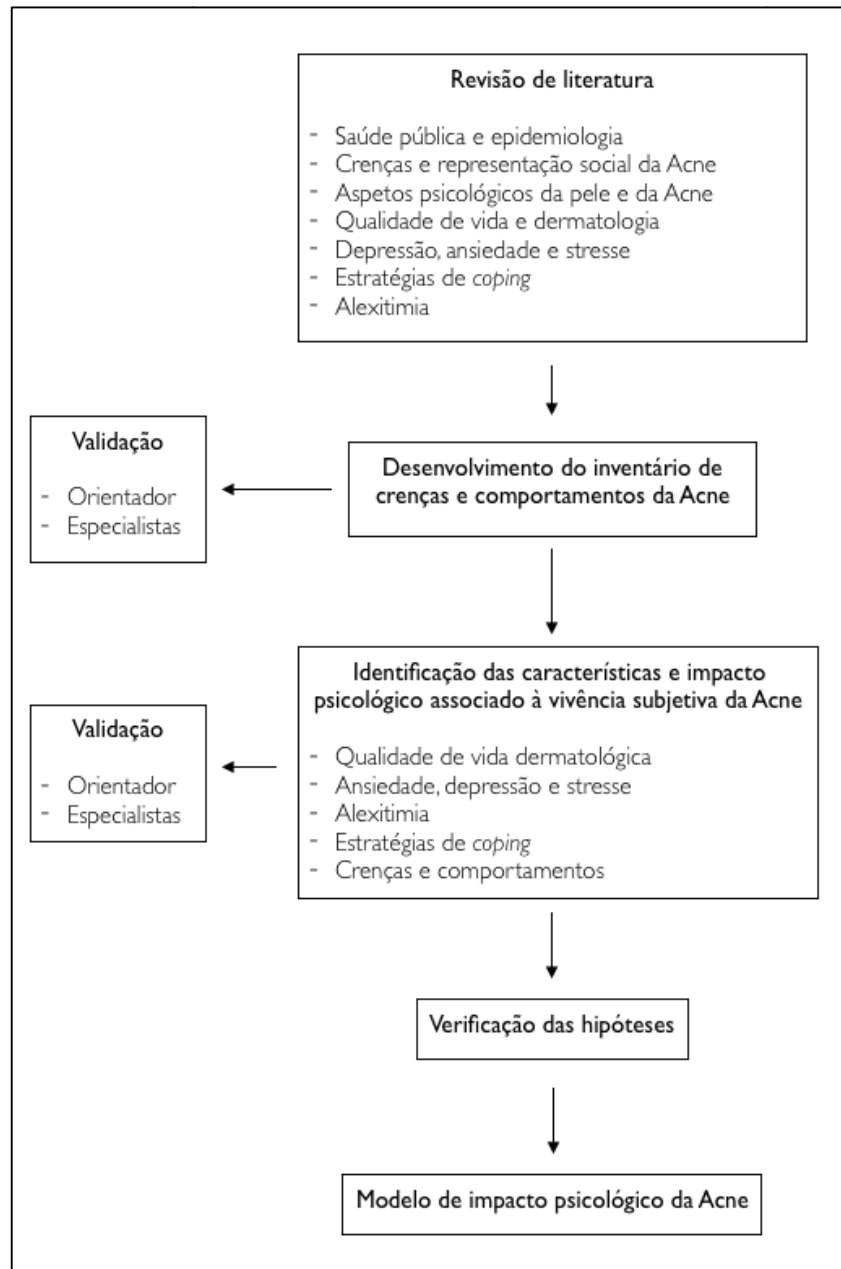


Figura 1.2: Modelo metodológico da investigação

## 1.8 Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido em sete capítulos:

- O capítulo um compreende a introdução, que enquadra e justifica o tema da investigação. Inclui o objeto e os objetivos da investigação, coloca a pergunta de

partida, especificando as perguntas derivadas e estabelecendo as hipóteses. Este capítulo expõe também a metodologia de investigação utilizada.

- O capítulo dois contém uma pesquisa bibliográfica sobre os aspetos sociológicos e psicológicos da Acne e sobre a perceção subjetiva da vivência da Acne, focando-se na saúde pública e epidemiologia, nas crenças e representação social da Acne e abordando os aspetos psicológicos da pele e da Acne, analisando, em particular, a depressão, ansiedade e o stresse, a alexitimia e as estratégias de *coping*. Neste capítulo, que apresenta o estado da arte sobre os temas já elencados, é ainda abordada a qualidade de vida no contexto dermatológico.
- O capítulo três destaca a metodologia da parte prática, detalhando os métodos e procedimentos.
- O capítulo quatro expõe o primeiro estudo prático de construção de um inventário para as crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne (ICA), cujo padrão, nas crenças, foi estabelecido por dermatologistas.
- O capítulo cinco contém o segundo estudo prático, com a medição da qualidade de vida dermatológica, da ansiedade, da depressão e do stresse, da alexitimia, das estratégias de *coping* e das crença e comportamentos, a uma amostra de conveniência.
- O capítulo seis revela o terceiro estudo prático, que mede as dimensões do estudo anterior numa amostra de indivíduos universitários dividida em três grupos.
- No capítulo sete é apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com a revisão de literatura, confirmando ou refutando as hipóteses. Contém, ainda, as conclusões propostas e recomendações para futuras investigações.

Este trabalho apresenta também a bibliografia usada para fundamentar os conhecimentos teóricos em que se baseiam as áreas trabalhadas.



## Capítulo 2

### Aspetos sociológicos e psicológicos da Acne

#### 2.1 Introdução

A Acne é uma doença cutânea inflamatória, polifórmica, com grande variação na gravidade das suas manifestações, atingindo maioritariamente adolescentes de ambos os sexos, mas que se pode prolongar pela idade adulta (Grob, Stern, Mackie & Weinstock, 1997; Amado et al., 2006; Goulden, Stables & Cunliffe, 1999).

Para além de ser uma doença expressiva em termos de saúde pública - dado o elevado número de pessoas atingidas, de se caracterizar por alterações físicas visíveis da pele, de poder conter uma representação social menos favorável - a Acne transporta consequências psicológicas, que poderão ser graves e que deverão ser monitorizadas nos seus pacientes.

Neste sentido, considera-se pertinente abordar as várias perspetivas da Acne, o seu enquadramento na saúde pública, a sua representação social, a sua influência na qualidade de vida dos pacientes, a eventual ansiedade, depressão e stresse associados à doença, a forma como o paciente lida com as consequências psicológicas e a existência de eventual alexitímia nos pacientes acneicos.

Este capítulo efetua uma revisão de literatura sobre os aspetos psicológicos ligados à pele, as crenças e a representação social da Acne, a saúde pública e a epidemiologia, a qualidade de vida e a dermatologia, a depressão, a ansiedade e o stresse, as estratégias de *coping* e a alexitímia.

## 2.2 Aspetos psicológicos da pele

A pele é o maior órgão do corpo humano e tem uma importância vital no bem-estar do indivíduo, com um papel preponderante na socialização e na sexualidade (Urpe, Pallanti & Lotti, 2005). É um órgão de comunicação e perceção visível (Hoffman, Zogbi, Fleck, & Muller, 2005). Tem várias funções biológicas - termo-regulação, sensação, excreção - e tem um papel fundamental na comunicação: constitui a fronteira entre o próprio e o ambiente, sendo um ponto de contacto (Krishna, 2009). Este autor realça ainda as respostas a estímulos, visíveis na pele, sejam eles fisiológicos ou psicológicos, e enfatiza o facto de a primeira interação entre mãe e filho ocorrer primariamente pelo toque, e que a ausência do toque durante o laço maternal-infantil pode levar a que a criança mais tarde fique deprimida e tenha problemas de imagem.

A pele funciona como uma barreira entre o interior e o exterior, recebendo sinais do ambiente e transmitindo-os ao sistema nervoso (Hoffman et al., 2005). Estes autores salientam ainda o papel simbólico da pele enquanto agente, no sentido da proteção dos órgãos e as suas reações involuntárias que permitem interpretar sentimentos, mesmo quando não nos apercebemos disso - arrepios ao frio, ou ruborização por vergonha, entre outros. Sendo um órgão sensível, a pele é ainda um local de processos cruciais fundamentais no que pensamos, sentimos e interagimos uns com os outros (Morrison, Loken & Olausson *in* Ozturk, Deveci, Bagcioglu, Atalay & Serdar, 2013). Ter uma pele normal parece ser um pré-requisito necessário, tanto em termos de saúde física e mental de um indivíduo, como também na atração sexual (Lewis-Jones *in* Ozturk et al., 2013).

Para além da pele ser um órgão fundamental e de extrema importância para a sobrevivência, a aparência facial e a qualidade da pele são determinantes (Ali et al., 2010), e têm um papel fulcral na auto perceção e interação com os outros (Basavaraj, Navya & Rashmi, 2010; Shaukat, Aman, Hussain & Kasmí, 2013). Há uma ligação entre a pele e o cérebro, alicerçada no papel do cérebro como um centro de funções psicológicas, com a mesma origem ectodermal da pele e ambos são afetados pelas mesmas hormonas e neurotransmissores (Basavaraj et al., 2010).

O mundo ocidental enfatiza a aparência física, onde uma pele perfeita é o elemento chave de uma imagem ideal (Green, 2010). Logo, a imagem corporal desempenha um papel relevante na autoestima e esta tem um grande impacto na saúde psicológica (Grossbart *in* Green, 2010).

A condição da pele pode ter grandes consequências, incluindo desconforto físico, limitações em atividades diárias e até sequelas psicológicas (Rizwan et al., 2013). Por isso, estes autores defendem que a avaliação e gestão das doenças de pele deverão ser elaboradas a quatro níveis: físico, psicológico, social e contextual.

Pela importante ligação entre a pele e a mente, surgiu a disciplina médica de psicodermatologia, cujo âmbito é o estudo e o tratamento de problemas dermatológicos que são causados e/ou influenciados por fatores psicológicos (Hoffman et al., 2005). De facto, uma doença de pele pode ter um impacto considerável na qualidade de vida, autoestima e imagem corporal (Krishna, 2009). Como tem a particularidade de ser facilmente visível por terceiros, esta exposição, combinada com o impacto psicológico, leva muitas vezes a sentimentos de embaraço, decréscimo de confiança, rejeição, e afastamento social (Hong, Koo & Koo, 2008). Esta situação, referem os autores, é agravada pela ignorância de terceiros acerca das doenças de pele e pelo medo (infundado, na maior parte dos casos) de contágio.

A figura 2.1 esquematiza as relações da pele com o meio ambiente e com o psiquismo de cada indivíduo.

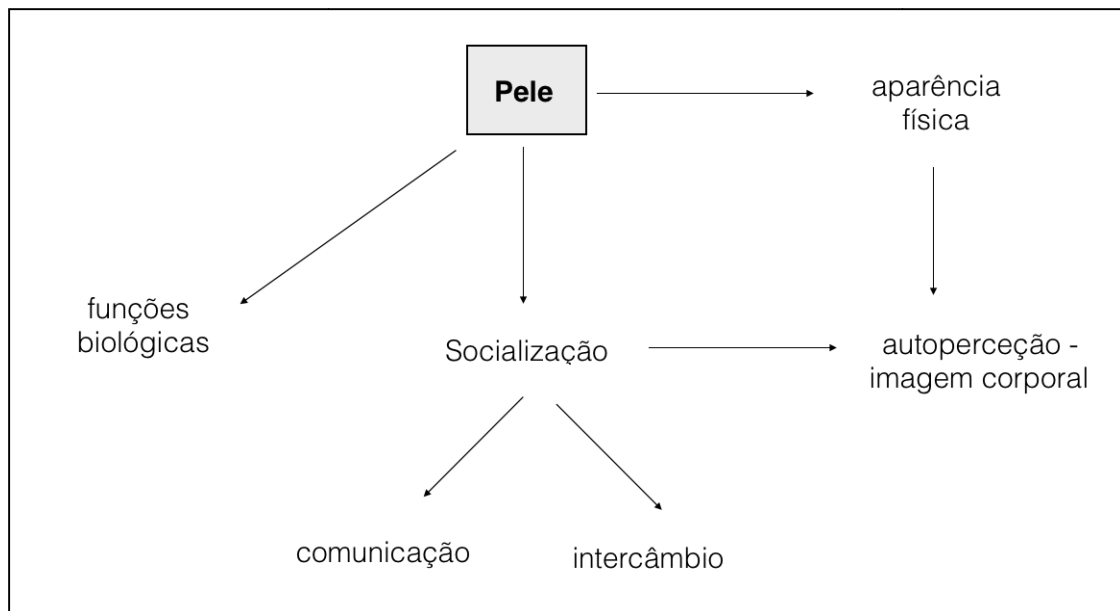


Figura 2.1: Os aspetos psicológicos da pele

## A visão psicanalítica

A psicanálise investigou de forma detalhada e profunda a anatomia humana nas suas qualidades inconscientes e simbólicas e, desta forma, criou um novo olhar sobre o corpo e os sintomas somáticos. Adicionou à tradicional representação do corpo feita pela medicina, novas dimensões, trazidas pela investigação dos conteúdos psicológicos da linguagem, do sonho, da sexualidade, e dos desejos inconscientes (Ulnik, 2013). O olhar psicanalítico sobre a mente tem o seu epicentro na pele, tornando-a - como descrito por Freud em três ensaios sobre a sexualidade - uma zona erótica por excelência (Freud, 1905).

A psicanálise considera que os conflitos e as emoções inconscientes podem ser expressos através de sintomas e queixas somáticas. A leitura e compreensão psicanalítica dos sintomas orgânicos não são necessariamente incompatíveis com o reconhecimento da existência simultânea de agentes físicos e biológicos responsáveis pelas múltiplas doenças. Estes agentes são necessários, mas muitas vezes não são suficientes para que a doença se manifeste (Ulnik, 2013).

Os problemas psicossomáticos da pele podem dividir-se em três grupos (Chiozz et al. *in* Ulnik, 2013): (1) doenças ou as diferentes lesões da pele que se apresentam como sintomas e sinais que possuem um significado e que, por isso, podem ser psicanaliticamente interpretados; (2) doenças de pele que são pensadas como resultado de uma regressão, de uma crise ou desorganização, em consequência de um aumento excessivo de estimulação, que se pode dever ao stress - a regressão terá que ser trabalhada em contexto psicanalítico através da dinâmicas transferenciais e contra-transferenciais; (3) doenças de pele que têm a sua origem na falência - ou redução da eficácia - dos mecanismos de defesa imunitários por reduzida capacidade de simbolização e vulnerabilidades narcísicas. Nesta terceira situação, a abordagem psicanalítica passa pelo trabalho reconstrutivo dos mecanismos de defesa - com reflexos no sistema imunitário - aumento da capacidade de simbolização e restauro/fortalecimento da condição narcísica. Esta abordagem de Ulnik está ilustrada na figura 2.2. Há uma certa unanimidade nos psicanalistas de diversas correntes em considerar qualquer uma das circunstâncias acima descritas como tendo importância nuclear. A relação precoce mãe-bebé, ninho das primeiríssimas trocas tácteis entre o bebé e os seus cuidadores/objetos de amor, pode ser perturbada de diversas formas dando origem a complicações de pele posteriores:

- Experiências de humilhação e abandono (Koblenzer, 1986; Ulnick, 2013).
- Experiências de viver exposto, como se estivesse em carne viva ou protegido com

uma armadura ou escudo (Morin, 2000; Ulnick, 2013)

- Modelos simbióticos de relação (Sobrado et al., 1979; Morin, 2000; Ulnick, 2013).
- Dificuldades de vinculação ou separação-individuação (Rubino et al., 1989; Ulnik, 2007; Ulnick, 2013).
- Reduzida estimulação da pele através do toque ou carícias, que não permitam a formação de limites e fronteiras adequadas (Anzieu, 1995; Ulnick, 2013).
- Alterações subjetivas da identidade (Ulnik, 2007).

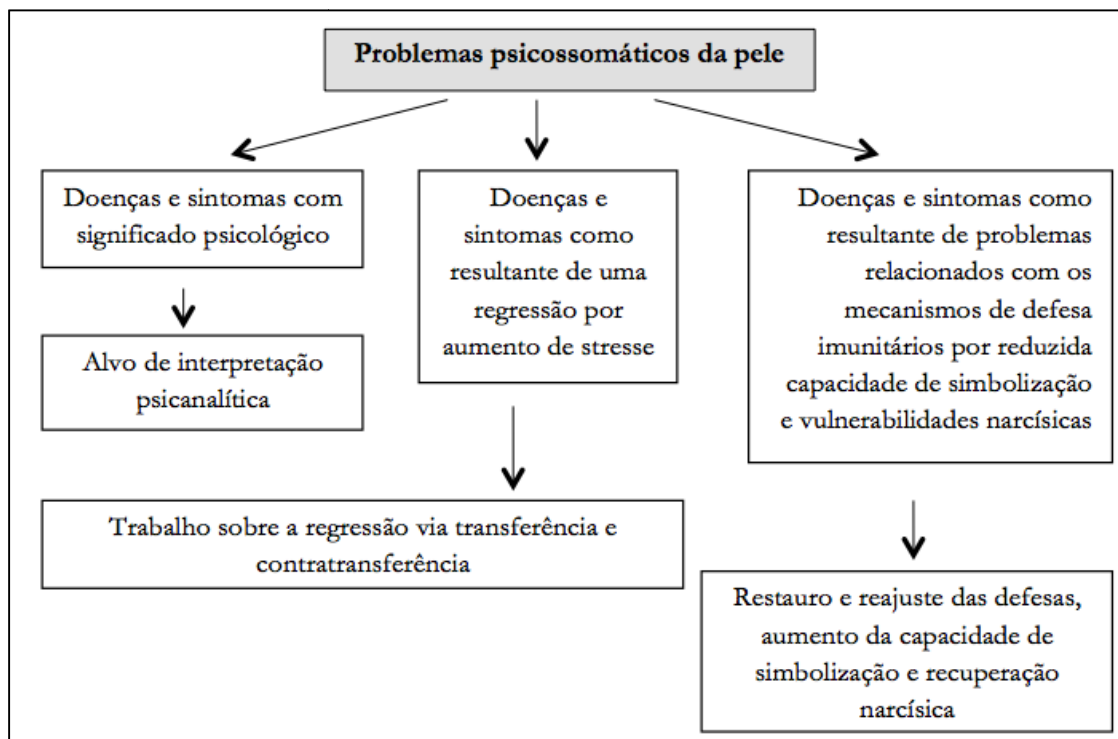


Figura 2.2: Problemas psicossomáticos da pele, de acordo com Ulnik

O aparelho psíquico emerge a partir das experiências físicas e biológicas, das quais as sensações e experiências relacionadas com a pele têm um papel determinante (Anzieu, 1989), sendo através da estimulação física da pele que o aparelho mental se vai constituindo, começando por uma representação primitiva do ego e das suas múltiplas funções, o eu-pele. Esta estrutura fundamental no psiquismo permite ao ego ter capacidade para receção, perceção, proteção, coesão, suporte, integração das sensações, identidade e energia, e as perturbações do eu-pele podem refletir-se em perturbações dermatológicas que serão tão mais

graves quanto maiores as perturbações do eu-pele (Anzieu, 1989).

Bick (1968) estudou a importância da pele nas relações precoces e neste trabalho postulou a existência, em níveis muito primitivos da mente, de partes fragmentadas da personalidade que precisam de uma pele que exerça a função de barreira contentora desses fragmentos, dando-lhes coesão e integrando-os. A existência desta pele psíquica foi também conceptualizada por Bion (1991), como um contentor que retém conteúdos e que permite o estabelecimento de interligações entre os elementos inicialmente dispersos. Bick (1968), contudo, foi mais longe, explicando que a função de retenção da pele psíquica é uma função interna, que depende inicialmente da relação com outra pessoa, habitualmente o/a progenitor(a)/cuidador(a) e este tem de ser experienciado pela criança como capaz de cumprir essa função de retenção. Após a formação desta pele psíquica - que no fundo é uma estrutura básica do psiquismo - a estruturação de outras funções mais elaboradas como a identidade e a independência progressivamente conquistada dependem, em grande medida, da atividade da musculatura, que funciona como uma “segunda pele” e que pode suprimir dificuldades de contenção da pele psíquica. Esta argumentação está esquematizada na figura 2.3.

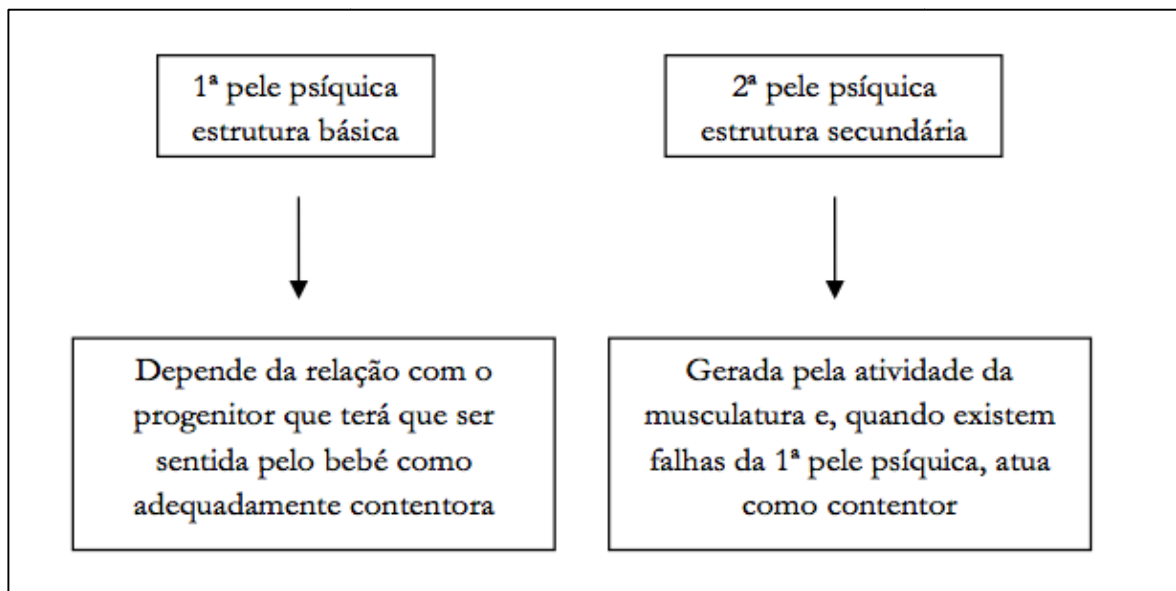


Figura 2.3: Pele psíquica de acordo com Bick

Poot (2002) considera que a qualidade das interações familiares tem um papel fundamental na psicodinâmica dos pacientes com problemas de pele. Pichón-Rivière (1980) afirma que existe uma associação entre o prurido, a ansiedade e as lesões cutâneas, levantando a hipótese de que

as lesões na pele correspondam a uma simbolização da necessidade de proteção perante o sentimento ou estado de negligência. Sami-Ali (2002) considera que as problemáticas de fundo alérgico estão associadas a relações simbióticas e a perturbações de identidade, assim como considera que pressupõem a utilização de mecanismos de identificação primitivos. Para além destes aspetos, ainda levantou a hipótese de que poderá existir uma espécie de equivalência entre as perturbações dermatológicas e as perturbações psicóticas. Esta perspetiva tem vindo a ser contestada e não é aceite por muitos psicanalistas.

A psicanálise desenvolveu, portanto, um corpo teórico que coloca a pele no epicentro da vida psíquica. Mas, curiosamente, não foi possível encontrar na revisão de literatura uma visão psicanalítica específica do adoecer dermatológico designado por Acne.

## 2.3 A Acne

A Acne é uma doença do folículo pilossebáceo. O seu aparecimento na adolescência está relacionado com as alterações hormonais que ocorrem nessa idade (Pawin, et al., 2004). Percebida por muitos como uma doença passageira, própria da idade, só a partir do início do século XXI passou a ser encarada como uma doença crónica, devido ao seu carácter prolongado, com evolução lenta ou períodos de agravamento agudos a exigir tratamento prolongado e, muitas vezes, manutenção para evitar recidivas (Thiboutot et al., 2009). A cronicidade desta doença, conjugada com a localização predominante em áreas visíveis, sobretudo na face, onde o envolvimento é quase universal, torna-a numa doença com forte impacto psicológico no indivíduo afetado (Sulzberger & Saidens, 1948).

São vários os factores fisiopatológicos envolvidos e a ordem e importância relativa do seu papel ainda é debatida. Sabe-se que há aumento da produção do sebo sob influência de hormonas androgénicas, associadas a alterações no processo de queratinização do epitélio do folículo pilo-sebáceo com hiperqueratinização e aumento da adesão dos queratinócitos. Ocorre proliferação de *Propionium bacterium acnes* e outros microorganismos e também libertação de mediadores inflamatórios, dependentes da imunidade inata, que hoje em dia se pensa antecederem todos os outros factores, embora por sua vez possam também ser

estimulados pelas alterações que os microorganismos causam na constituição lipídica do sebo (Jeremy, Holland, Robert, Thomson & Cunliffe, 2003).

É o processo fisiopatológico envolvido no desenvolvimento da Acne que motiva o tipo de lesões clínicas encontradas. A lesão primária, a partir da qual se formam todas as outras, é o comedão, resultante do processo de hiperqueratinização e da hiperprodução do sebo. Pode ser aberto - ponto negro comum - ou fechado, quando não existe abertura folicular visível. A proliferação bacteriana e a inflamação vão promover o aparecimento das outras lesões: pápulas, ou seja, pequenas áreas de pele eritematosa, pústulas em que o conteúdo purulento se instala numa pápula, nódulos semelhantes a pápulas mas mais volumosos, e quistos em que a estrutura do comedão é completamente perdida e se constitui um saco com restos celulares, microorganismos e sebo. O quadro completa-se com a presença de cicatrizes, consideradas lesões secundárias. Estas são lesões deprimidas, atróficas, resultantes da destruição das lesões primárias, causadas pela inflamação.

O domínio de cada um destes tipos de lesões em cada doente leva a classificar a Acne em comedónica, pápulo-pustulosa ou nódulo-quística. O número de lesões existentes permite a classificação da Acne em ligeira, moderada ou grave. Estas classificações são importantes porque servem de indicadores para a terapêutica a eleger em cada caso (Lehman, Robinson, Andrews, Holloway & Goodman, 2002). No entanto, na abordagem terapêutica do doente acneico, têm que ser considerados muitos outros itens, que vão desde a idade e género do doente, à importância que lhe é atribuída pelo próprio, passando pelo entendimento da adesão do indivíduo à terapêutica.

Os tratamentos da Acne são dirigidos aos vários factores envolvidos na patogénese da doença. Assim, pretende-se diminuir e modificar a hiperqueratose, reduzir a produção de sebo e a população bacteriana e, simultaneamente, combater a inflamação (Figueiredo et al., 2011). Podem-se considerar três tipos de tratamento principal:

- Terapêuticas convencionais, que incluem intervenções de agentes tópicos, como antibióticos e pequenos procedimentos cirúrgicos;
- Tratamento hormonal;
- Isotretinoína oral (Ceyrac & Juilliard, 2014).

A isotretinoína oral é o fármaco cujo mecanismo de ação é o mais completo, por atuar em todos os fatores fisiopatológicos implicados no desenvolvimento da Acne. Os seus efeitos secundários levam a que o seu uso obedeça a normas estritas e seja indicado apenas em Acne



moderada a grave, sobretudo com componente quístico importante. É um medicamento teratogénico, pelo que no sexo feminino só pode ser prescrito se acompanhado de anticoncepção eficaz e com informação sobre esse facto. Muito discutível é ainda o seu papel nas alterações do humor: há quem o associe a tentativas de suicídio e há quem negue tal relação, afirmando que é antes a Acne que pode levar a ideação suicida. (Marqueling & Zane, 2005; Layton & Cunliffe, 1992; Layton, Dreno, Gollnick & Zoubolis, 2006).

A terapêutica tópica é usada em todos os doentes: nas formas de *Acne ligeiro* como medida única, na *Acne moderada ou grave* em associação com tratamento sistémico.

O sucesso da terapêutica exige que se partilhem com o doente os objectivos do tratamento e a informação de que este tem que ser faseado e prolongado. Não se pode esquecer que os médicos tratam doentes e não doenças e que, com particular incidência no caso dos doentes com Acne, o tratamento deve ser realizado caso a caso. Além disso, é sempre necessário o médico confrontar as dúvidas do doente sobre o seu problema, bem como esclarecer uma série de mitos que giram à volta da Acne.

### **Aspetos psicológicos**

A pele é o maior órgão do corpo humano e suspeita-se que psicologicamente, enquanto elemento físico que separa o interior do exterior do corpo humano, represente o ecrã onde a mente “imprime” alguns dos seus mal-estares de forma a torná-los visíveis a si mesmo e aos demais. Neste sentido, a Acne poderá ser a face visível de um mal-estar psicológico. Uma vez ativa, a doença pode gerar mal-estar psicológico, pela forma como o acneico se apresenta ao outro, denunciando no seu rosto a erupção emocional que alberga e facilitando associações com conotações negativas - por exemplo, a falta de higiene do paciente acneico.

O rosto é de importância crucial na interação social, na autoimagem e na auto-estima. Alguns estudos apontam para que os problemas crónicos de pele afetem a qualidade de vida dos indivíduos nos seus aspetos físicos, materiais, sociais e psicológicos (Öztürk, Orhan, Özer, Karakas, Öksüz, & Yeticir, 2013; Parna, Aluoja & Kingo, 2015). Em termos físicos, a qualidade de vida é muitas vezes alterada - no sentido da diminuição - pelos problemas associados à extensão das lesões e pelo grau da inflamação que, por sua vez, está relacionado com comichão e prurido. A comichão foi associada a stresse subjetivo. Os constrangimentos sociais da doença estão relacionados com a exposição da pele quando as lesões atingem zonas socialmente expostas - rosto, mãos, braços. Estudos com indivíduos jovens que sofrem de

Acne severo revelam que eles têm dificuldade nas relações íntimas e são frequentemente alvos de troca (Walker & Lewis-Jones, 2006; Halvorsen et al., 2011).

Contudo, nem sempre se observa uma linearidade entre a gravidade da Acne e a perda de qualidade de vida. Pacientes cobertos com pústulas inflamadas podem relatar menos alterações e menos dificuldades psicológicas do que outros que apresentam apenas uma Acne ligeira ou moderada e que se recusam a sair de casa e a interagir socialmente (Whitney et al., 2007).

Rubinow et al. *in* Öztürk et al. (2013) mostraram que pacientes com Acne apresentavam sinais de timidez, nervosismo, isolamento social, diminuição da auto-imagem e da atividade, evitamento do contato com o sexo oposto e dificuldades de sono.

Existem associações de dupla direção entre fatores psicológicos e várias condições dermatológicas, nomeadamente a Acne (Gupta & Gupta, 1998). Vários estudos referem os seguintes fatores psicológicos como os mais relevantes e mais frequentemente associados a doenças dermatológicas crónicas: depressão, ansiedade, vergonha, falta de apoio e raiva que sumariamente são descritos como perturbação emocional, *distress*. Em pacientes com a Acne é referida a presença dominante de ansiedade, depressão e baixa auto-estima (Rapp et al., 2004; Fried et al., 2010). Contudo, é de destacar que existem também estudos que infirmam a hipótese de haver maior perturbação emocional em indivíduos com doenças dermatológicas do que em indivíduos saudáveis (Magin, Pond, Smith, Watson & Goode, 2008).

A presença de sintomas visíveis na pele, como os da Acne, poderá levar ao evitamento de atividades sociais e, nesse sentido, as relações com conhecidos e amigos podem ficar comprometidas levando, por sua vez, a dificuldades de autoestima e a incrementar a perturbação emocional (Parna et al., 2015). Estes autores observaram que os pacientes com Acne apresentam sintomas mais pronunciados de ansiedade, mas não confirmaram que a ansiedade social nos pacientes com Acne seja mais elevada do que nos indivíduos saudáveis. Apesar dos pacientes com Acne apresentarem bons níveis de funcionalidade física, mostram uma diminuição do bem-estar emocional semelhante a outras doenças dermatológicas. Os autores verificaram, então, que a Acne provoca consideráveis alterações emocionais, algo já relatado por outros autores (Stone, 2001; Parna et al., 2015).

A qualidade de vida dos indivíduos com Acne diminui proporcionalmente consoante a gravidade da Acne (Durai & Nair, 2015): quanto mais grave a Acne, menor a qualidade de vida.

Na literatura, as doenças da pele são muitas vezes apresentadas como exemplos evidentes do que são doenças psicossomáticas.

Alguns autores associam o eixo vísceras-cérebro-pele, ou seja, depressão-ansiedade-alterações de pele como estando na base da Acne, considerando que alterações emocionais podem alterar a microflora intestinal e dessa forma aumentar a permeabilidade intestinal e contribuir para inflamações sistêmicas, nas quais se poderá incluir a Acne (Bowe & Logan, 2011). Neste estudo é ainda referida a administração de probióticos como coadjuvantes no tratamento da Acne, precisamente pela sua capacidade de restauro da flora intestinal invertendo, o ciclo em torno do eixo vísceras-cérebro-pele.

Muitos adolescentes sentem que a Acne é “normal” e que corresponde a uma fase da vida - a adolescência (Poli et al., 2011). Esta ideia atrasa a procura de tratamento médico rápido e precoce, fazendo com que o tratamento da Acne só aconteça tardiamente, quando a doença já está bastante evoluída, tornando por isso o seu tratamento mais difícil e aumentando a probabilidade de deixar marcas/cicatrizes psicológicas e físicas. Neste sentido, os autores consultados consideram que a melhoria dos conhecimentos dos adolescentes sobre a acne é importante, quer para a definição das estratégias de tratamento, quer para a sua adesão ao mesmo. Reich et al. (2007) estudaram as crenças sobre a Acne e perceberam que o sucesso no tratamento da Acne é substancialmente prejudicado por níveis baixos de informação e crenças de saúde incorretas. Mas apesar da Acne ser habitualmente pensada como uma doença da adolescência, é também comum na população adulta, especialmente no sexo feminino (Thanghetti et al., 2014).

Os aspetos psicológicos mais marcantes da Acne serão desenvolvidos no seguimento da presente revisão de literatura.

## **2.4 Saúde pública e epidemiologia**

Nas sociedades ocidentalizadas a Acne é uma doença de pele quase universal, atingindo entre 79 e 95% da população adolescente (Nast et al., 2011). Porém, os dados epidemiológicos apontam para taxas de incidência de Acne consideravelmente mais baixas em sociedades não ocidentalizadas (Cordain et al, 2002). Estes autores concluem que as diferenças étnicas não explicarão por si só esta discrepância.

Pode-se considerar que quase cada indivíduo tem algum grau de Acne durante a puberdade, com resolução espontânea na fase de jovem adulto (Peric et al., 2013). Porém, estes autores

afirmam que ocasionalmente a doença pode persistir por mais tempo, chegando mesmo, nalguns casos, a ser um problema para toda a vida. E mesmo após a doença ter desaparecido, as cicatrizes da Acne continuam a produzir resultados negativos. Ou seja, grande parte da população das sociedades ocidentais sofre, ou sofreu, de Acne. Ao longo dos anos, os médicos têm notado que a Acne surge cada vez mais cedo - a Acne já aparece em crianças de 8 e 9 anos (Friedlander et al., 2010). Para estes autores, existe uma prova epidemiológica que sugere que a idade para o aparecimento da Acne baixou.

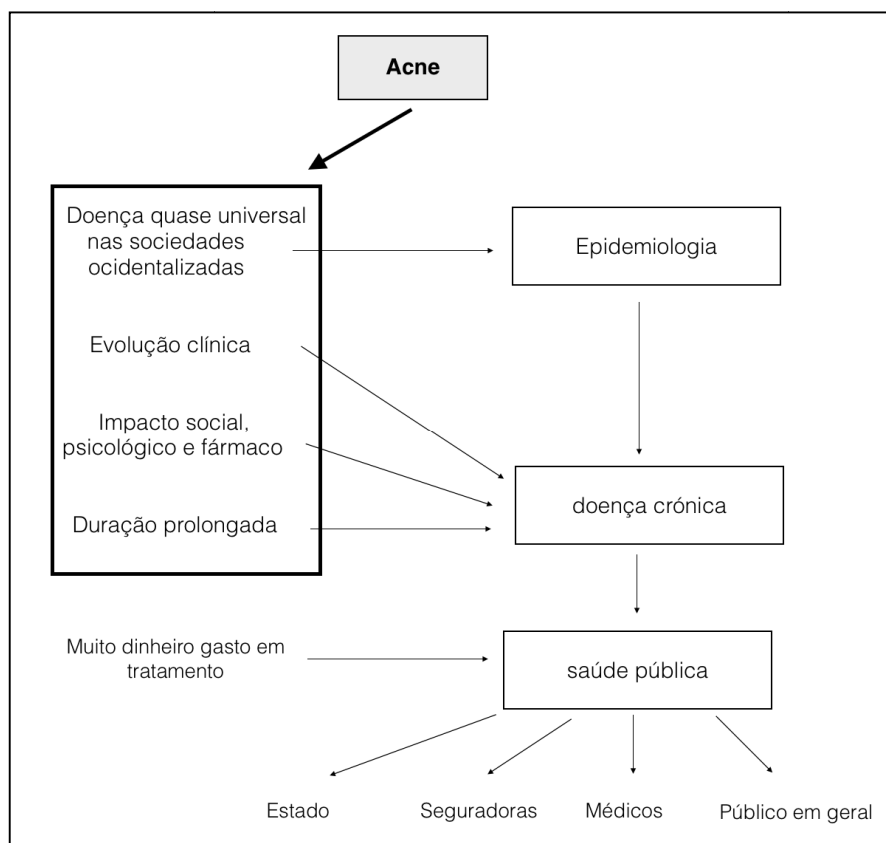
Thiboutot et al. (2009) defendem que pelas suas características, a Acne deveria ser abordada como uma doença crónica - padrão de recorrência ou reincidência, duração prolongada, manifestação abrupta ou evolutiva, e impacto social e psicológico - necessidade de tratamento agressivo e atempado, e manutenção de terapia para produzir resultados positivos. Estes autores afirmam que é necessário assegurar que, quer as companhias seguradoras, quer os órgãos de saúde estatais, estão a par do impacto e importância da Acne na sociedade, já que os efeitos físicos e emocionais associados à Acne podem durar muitos anos. Van Beek, Beach, Braslow, Braslow & Chen (2007), indexaram quatro métricas da epidemiologia: incidência, prevalência pontual, prevalência de período e mortalidade. Nesta classificação, a Acne não cumprirá o requisito da mortalidade - pelo menos de forma direta, já que indiretamente as perturbações psicológicas poderão levar à ideação de suicídio, em taxas consideravelmente elevadas (Hong, Koo & Koo, 2008).

Gollnick, Finlay & Shear (2008) defendem que a Acne não é uma doença aguda, mas sim uma condição que muda consistentemente na sua distribuição e severidade e cujo tratamento é normalmente prolongado. Os mesmos autores lembram que os membros da *Global Alliance to Improve Outcomes in Acne* admitiram que a Acne deveria ser reconhecida e investigada como uma doença crónica. O'Halloran et al. in Gollnick et al. (2008) defendem, como critério para uma doença crónica, ter uma duração igual ou superior a 6 meses, ter um padrão de recorrência ou deterioração, ter um prognóstico falível e consequências ou sequelas que afetam a qualidade de vida do paciente. Segundo a ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*), uma doença crónica deve ser de longo prazo, recorrente, não ser autolimitada, poder manifestar-se de forma abrupta ou progressiva, ter um padrão e um impacto psicológico (Gollnick et al., 2008). Os mesmos autores enquadram a Acne como doença crónica, com base na sua epidemiologia (não se confina à idade, a fatores étnicos, sociais ou económicos), na sua evolução clínica e no impacto fármaco e psicológico. Reforçam ainda que, do ponto de vista da saúde pública, é fundamental que as seguradoras e

os órgãos estatais de saúde estejam atentos ao impacto da Acne. Hong et al. (2008) alertam que não são só estas entidades as que não prestam a atenção devida ao impacto das doenças de pele, mas também os médicos e o público em geral. Isto poderá dever-se, segundo estes autores, ao facto das doenças de pele normalmente não ameaçarem a vida. Porém, pelo seu impacto psicológico e ocupacional, justificam a necessidade de maior atenção.

A Acne, devido à sua elevada incidência em idades particularmente sensíveis em termos de desenvolvimento, revela-se uma questão pertinente ao nível da saúde pública, ainda mais por se registar a existência de outras perturbações a ela associadas. Distúrbios obsessivo-compulsivos são condições psiquiátricas frequentes em casos clínicos de dermatologia (Bez et al., 2013). É, aliás, o segundo maior distúrbio psiquiátrico em casos clínicos de dermatologia, logo a seguir à depressão (Gupta, Gupta, Ellis & Koblenzer *in* Bez, et al., 2013). Apesar da Acne não ser fisicamente debilitante, pode ter impacto severo no funcionamento social e psicológico (Kapp et al. *in* Bez et al., 2013). A juntar a estas características, que situam a Acne como uma doença crónica e epidemiológica, refere-se que, numa investigação datada de 2003, foi estimado que os Estados Unidos gastavam cerca de um bilião de dólares por ano em tratamentos de Acne (Bloom, 2003). Os recursos empregues no tratamento desta doença são portanto elevados, sejam recursos financeiros, materiais ou humanos.

Face ao exposto, a figura 2.4 ilustra a Acne como uma doença quase universal nas sociedades ocidentalizadas, que se prolonga no tempo, e tem uma evolução e consequências sociais e psicológicas. O conjunto destes atributos coloca a Acne como doença crónica. As consequências nefastas - nas quais se destaca o impacto psicológico, cujo expoente é ideação suicida - e a enorme quantidade de recursos empregues no seu tratamento, fazem do tratamento da Acne uma questão de saúde pública, para a qual as entidades estatais, as companhias de seguros, os médicos e o público em geral, deverão dispender mais atenção.



**Figura 2.4: A Acne como doença crônica no âmbito da saúde pública**

## 2.5 A representação social da Acne

Não existe uma definição comumente aceite de representação social (Liu, 2004). A teoria das representações sociais surge a partir das representações coletivas (Calado & Lavado *in* Santos & Cruz, 2013) e estuda a forma como os indivíduos criam uma realidade a partir da diversidade de ideias existentes (Moscovici *in* Santos & Cruz, 2013). Este autor salienta a influência do funcionamento cognitivo, psíquico e social na formação de representações. Situa também o conceito das representações coletivas entre a psicologia e a sociologia, já que as representações coletivas são produzidas por sociedades e, ao mesmo tempo, são parte do funcionamento psicológico individual (Moscovici *in* Gillespie, 2008). No fundo, a teoria de representações sociais procura o foco nas comunicações e pensamentos diários para determinar a ligação entre a psicologia humana e as tendências sociais modernas e culturais (Moscovici *in* Tateo & Iannaccone, 2012), já que existe uma mente coletiva que difere

qualitativamente da soma das mentes individuais que compõem a sociedade (Jahoda *in* Tateo & Iannaccone, 2012).

A base das representações sociais são os pressupostos historicamente cimentados e culturalmente partilhados, e uma característica das representações sociais é que são elaboradas coletivamente e partilhadas socialmente (Liu, 2004). Poderá haver três formas de partilha social de uma representação social (Moscovici *in* Liu, 2004; Marková, 2008):

- Hegemónicas: partilhadas por todos e tidas como inquestionáveis e inegociáveis.
- Emancipadas: com alguma autonomia na interação de alguns segmentos da sociedade;
- Polémicas: defendidas por alguns grupos da sociedade, com oposição de outros.

Desta forma, as representações sociais podem diferenciar-se quanto à forma da sua distribuição e no grau de consenso que geram.

Pode-se considerar que as representações sociais têm duas funções (Moscovici; Voelklie & Howarth *in* Gillespie, 2008): permitem aos indivíduos gerir os seus mundos materiais e sociais, e possibilitam a comunicação entre pessoas. Howarth (2006) defende que cada indivíduo possui múltiplas representações do mesmo objeto social e que as representações sociais permitem que se possa dar sentido a fenómenos socialmente significantes. Esta autora salienta ainda que as representações carregam consigo os traços e ecos das histórias individuais e coletivas, sendo que elas serão edificadas pela interação destas fontes.

As representações sociais tanto dividem como unem as pessoas (Staerklé, Clémence & Spini, 2011). Estes autores referem que, na comunicação e influência intergrupo, as representações sociais são formadas, mantidas e contestadas: as maiorias com poder procuram instituir o significado de certa informação dentro das normas do grupo, impondo a interpretação pretendida; já as minorias subordinadas usam as técnicas de propaganda para resistir e tentar impor soluções opostas, contrapondo o pensamento global. As revoluções políticas e económicas podem mudar abruptamente a vida dos cidadãos, mas o impacto psicológico dessas mudanças é normalmente demorado (Billington, Yang *in* Marková, 2008).

As representações da diferença, ou representações alternativas como algo que compete com a representação social, apenas existem dentro das representações sociais, havendo várias formas de as representações se protegerem da mudança potencial que encerra o diálogo com as alternativas - as barreiras semânticas ao diálogo (Gillespie, 2008):

- Oposição rígida, sem permitir qualquer aproximação, o que inibe qualquer diálogo entre a representação e a alternativa.
- Transferência de significado e de emoção, de oposição importante para oposição secundária. Neste caso existe uma tentativa de dar uma importância menor ao assunto que é foco da discórdia.
- Pensamentos proibidos, que limitam a extensão até à qual a reflexão sobre dados pensamentos é permitida. Paralelamente, enriquecem a compreensão das representações de outros: o aparecimento do tabu, como defesa da discussão.
- Separação da alternativa face à representação, obtendo-se com isto uma cessação da ameaça da primeira sobre a segunda.
- Estigmatização dentro do grupo face à alternativa. Funciona como uma proibição, mas de forma mais subtil.
- Minar o motivo, dando razão aos membros do grupo para se afastarem da representação alternativa.
- Apoio a nível textual, com expressões que colocam em questão as alternativas e que funcionam como barreiras ao pensamento lógico.

Batel e Castro (2009) referem que a teoria da representação social contém as noções de transformação do abstrato em algo concreto e da consensualização, sendo que este último fator inclui uma homogeneidade de representação e uma homogeneidade de ação. A noção de um certo “novo senso comum”, que se vai impregnando na sociedade e que está assente na ciência, pode significar a substituição da religião, mito e tradição pela ciência, ou ainda, pode denotar uma pluralização do senso comum (Bauer & Gaskell, 2008). Estes autores defendem ainda que o que distingue ciência do senso comum são as predições sistemáticas, conscientes e racionais e que se autocorrigem com a aprendizagem, aparecendo, por isso, a ciência como uma espécie de versão formal do senso comum.

A figura 2.5 ilustra a articulação sociológica e psicológica do conceito da representação social.

Sibley, Liu & Kirwood (2006) vêem as representações sociais como elaboradas em sociedade e socialmente partilhadas como conhecimento. Organizam-se de forma a que os sistemas principais detenham o conhecimento, permitindo mudanças apenas nas áreas periféricas - com ênfase no individual, em detrimento do coletivo (Abric; Wagner *in* Sibley et al., 2006).



Num âmbito mais restrito, no que diz respeito à representação social ligada à aparência de um indivíduo, note-se que os estereótipos têm um papel fundamental na descodificação da influência facial (Hugenberg & Bodenhausen *in* Arendt, Steindl & Vitouch, 2014). A ativação de estereótipos influencia a percepção de uma ameaça facial (Arendt et al., 2014). Estes autores sublinham o dado de os indivíduos olharem para membros de grupos com tez morena com maior hostilidade do que para indivíduos com pele mais clara. Além disso, segundo os mesmos autores, os *media* têm uma influência grande na definição de estereótipos - a quantidade de artigos jornalísticos sobre crimes cometidos por pessoas com pele mais escura tende a condicionar os leitores.

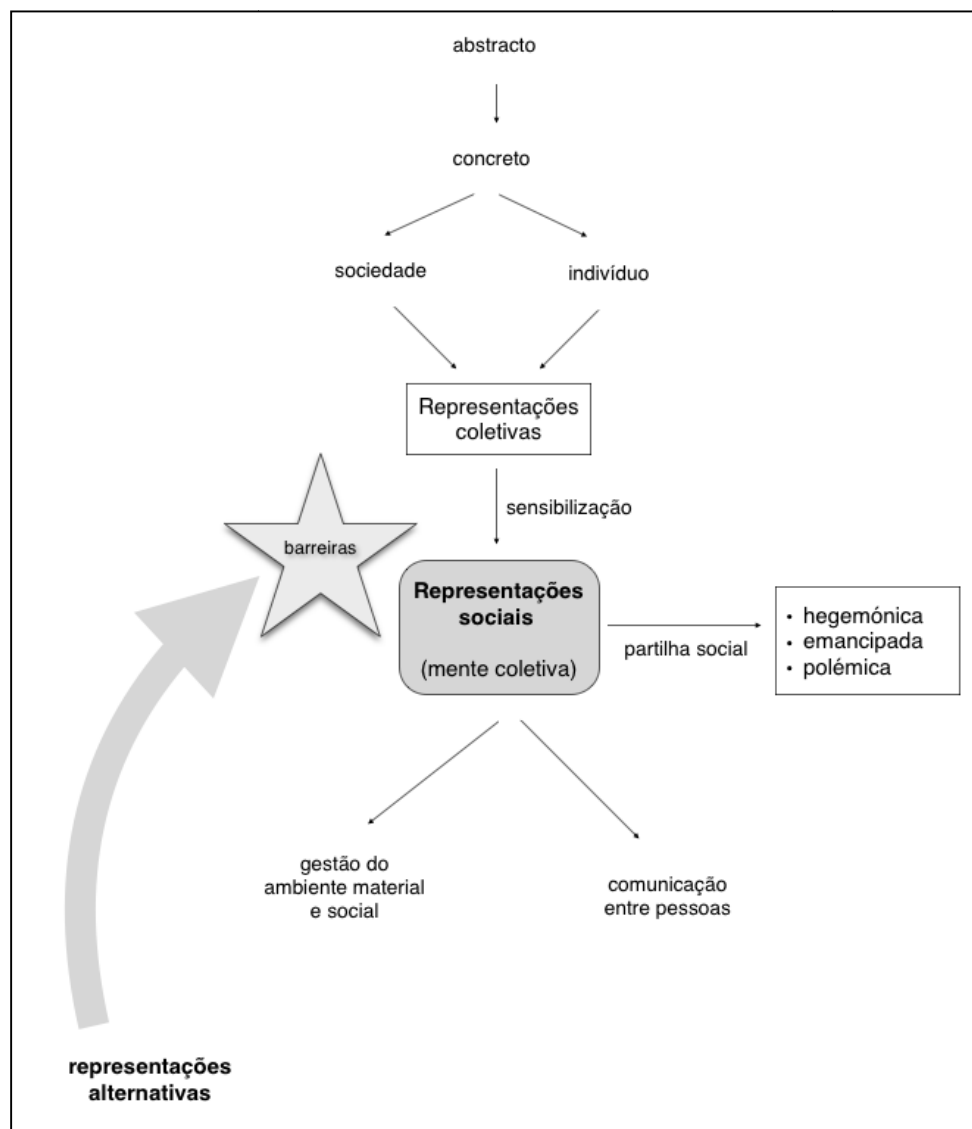


Figura 2.5: O conceito de representação social

### **Crenças e representação social da Acne**

As doenças de pele como a Acne são muitas vezes vistas como pouco importantes quando comparadas com doenças crónicas como a asma, a diabetes ou a artrite (Brajac, Bilic-Zulle, Tjalcic, Loncarek, & Gruber, 2004). Contudo, apesar da elevada prevalência da Acne, há um grande défice de conhecimento e crenças erróneas sobre esta (Uslu et al., 2007).

Muitos autores acentuam a importância da educação e da informação dos pacientes como um dos modos mais eficazes de melhorar, potenciar o sucesso nos tratamentos da Acne (Uslu et al., 2007; Poli et al., 2011). Esta educação é importante pelas perturbações sociais, psicológicas e emocionais reportadas pelos pacientes com Acne, especialmente por a Acne ocorrer geralmente numa idade de alguma imaturidade, com o consequente efeito no desenvolvimento psicológico (Brajac et al., 2004). O acesso à informação apropriada pode ajudar a minimizar as consequências sociais e psicológicas (Pearl, Arroll, Lello, & Birchall, 1998) e os pacientes precisam de ser informados de que a Acne pode ser tratada (Pawin et al., 2007). Um inquérito levado a cabo junto de adolescentes franceses revelou que mais de metade dos jovens que nunca tiveram Acne consideram a doença muito perturbadora, têm receio desta doença e pensam que ela pode ser um obstáculo a fazer amizades (Pawin et al., 2007).

A dieta é considerada globalmente como a principal causadora da Acne entre os pacientes com Acne de diferentes sociedades e culturas (Pearl et al., 1998; Tan, Vasey & Fung, 2001; Brajac et al., 2004; Magin, Pond, Smith & Watson, 2005; Magin, Adams, Heading, Pond & Smith, 2006; Goodman, 2006; Uslu et al., 2007; Rigopoulos et al., 2007; Hedden, Davidson & Smith, 2008; Yahya, 2009; Davidovici & Wolf, 2010; Green & Sinclair, 2011; Tahir & Ansari, 2012; Tatasiewicz, Otdakowska & Szczerkowska-Dobosz, 2012; Machat, Shariff & Zimmo, 2013), especialmente o chocolate (Pearl et al., 1998; Magin et al., 2005; Magin et al., 2006; Uslu et al., 2007; Rigopoulos et al., 2007; Davidovici & Wolf, 2010; Green & Sinclair, 2011; Poli et al., 2011; Tatasiewicz et al., 2012). No entanto, não existe correlação científica provada entre a Acne e a alimentação (Pearl et al., 1998; Davidovici & Wolf, 2010; Magin, et al., 2005). O stresse também é enumerado como um fator influenciador da Acne (Pearl et al., 1998; Tan et al., 2001; Brajac et al., 2004; Goodman, 2006; Green & Sinclair, 2011; Poli et al., 2011; Machat et al., 2013), sendo que o stresse também pode ser simultaneamente uma consequência da Acne (Magin et al., 2006).

Outros fatores que se acredita influenciarem a Acne serão o álcool e o tabaco (Green & Sinclair, 2011), a higiene (Pearl et al., 1998; Tan et al., 2001; Magin et al., 2005; Magin et al.,

2006; Uslu et al., 2007; Hedden et al., 2008; Yahya, 2009; Poli et al., 2011; Tahir & Ansari, 2012; Tatasiewicz et al., 2012; Machat et al., 2013), a luz solar (Magin et al., 2005), as hormonas (Brajac et al., 2004; Rigopoulos et al., 2007; Ali et al., 2010), as infeções (Ali et al., 2010; Tahir & Ansari, 2012; Tatasiewicz et al., 2012; Machat et al., 2013), a poluição, a menstruação (Poli et al., 2011), o calor, a humidade, os cosméticos, o exercício físico (Tan et al., 2001) e ainda a sudorese (Goodman, 2006; Tan et al., 2001).

A associação entre a Acne e a falta de higiene na pele pode estar alicerçada em quatro motivos (Goodman, 2006):

- As borbulhas e os pontos negros contêm sujidade;
- A oleosidade da pele à volta das borbulhas é percebida como sujidade e a sua limpeza permitirá aos poros respirar;
- A Acne é uma infeção que pode contagiar terceiros;
- O uso de antibióticos, no seu tratamento.

Mas a Acne não é causada por sujidade, e a lavagem excessiva da pele pode agravar o estado de saúde da pele (Pearl et al., 1998).

A vida sexual também é considerada influenciadora da Acne: por um lado, há quem acredite que o sexo ou masturbação em demasia pode piorar a Acne; por outro lado, existe a crença de que, quando as mulheres passam a ter uma vida sexual regular, a Acne melhora (Goodman, 2006; Tatasiewicz et al., 2012). Mas, de facto, a primeira associação poderá ser explicada pelo facto de a Acne coincidir, na etapa de vida, com o despontar da sexualidade. Quanto à segunda crença, a diminuição da Acne nas mulheres com atividade sexual regular será provavelmente atribuída, não ao ato sexual em si, mas à toma regular de contraceptivos orais (Goodman, 2006).

Existe ainda a crença de que a gestão da doença tem por base uma maior limpeza da pele - principalmente da face (Goodman, 2006; Magin et al., 2006; Rigopoulos et al., 2007; Hedden et al., 2008; Poli et al., 2008; Machat et al., 2013), alteração da dieta e uma maior exposição solar (Goodman, 2006; Magin et al., 2006; Hedden et al., 2008; Poli et al., 2008; Machat et al., 2013). Há, inclusivamente, adolescentes que vivem no litoral e praticam desportos aquáticos - como o surf e outros - acreditando que a combinação entre o sol e o sal melhora consideravelmente uma pele com Acne (Magin et al., 2006).

Estudos efetuados parecem apontar para o facto dos pacientes com maior formação e melhor informados lidarem melhor com a doença (Magin et al., 2006). Porém, as crenças em mitos

causadores da Acne estão também presentes nas pessoas com maior formação, e estes autores atribuem este acontecimento ao facto de os mitos se basearem em crenças populares, e não no conhecimento de peritos. Estas crenças dão aos pacientes uma percepção de controlo sobre a doença, ajudando-os a lidar com os fatores psicológicos inerentes. Mesmo estudantes finalistas de medicina, com acesso a informação científica sobre a pele, revelaram que a informação é insuficiente, gerando mal-entendidos e crenças falsas (Goodman, 2006; Ali et al., 2010; Green & Sinclair, 2011).

Poderão existir diferenças entre os pacientes com Acne femininos e masculinos quanto à percepção da doença e aos fatores que a originam (Reich et al., 2007): as mulheres estão mais bem informadas, apesar de ambos os grupos (masculino e feminino) terem crenças falsas sobre a doença. Esta diferença entre mulheres e homens poderá ser explicada pelo maior embaraço sentido pelos pacientes femininos quanto ao seu aspeto físico e a consequente maior propensão à procura de informação (Kellett & Gawkrödger; Krowchuk et al.; *in* Reich et al., 2007).

Corey, Cheng, Irwin e Kimball (2013) correlacionaram algumas percepções com o tratamento usando um estudo efetuado com estudantes de escolas secundárias nos Estados Unidos, e concluíram que os estudantes que fazem auto tratamento da Acne, por contrapartida àqueles que procuram um médico, não apresentam uma diferença significativa nas crenças mais comuns associadas à Acne - limpeza da pele, dieta, sono, stresse, exercício físico, ingestão de água, tocar na face, lavar a face, exposição ao sol, espremer borbulhas, ou fatores genéticos. Ainda assim, destes fatores, a crença do stresse foi a que ficou mais diluída com o contato com o médico. Por outro lado, a forma como se sentem os pacientes também não foi significativamente alterada entre os pacientes que efetuam o auto tratamento da Acne e os que procuram um médico - em ambos os grupos de indivíduos surge o sentimento de menor atratividade, sentimento de envelhecimento, sentimento de culpa ou a timidez. O facto das crenças não se alterarem significativamente com a procura de tratamento médico para a Acne sugere que estas não são os fatores motivadores primários na decisão do adolescente em procurar ajuda médica (Corey et al., 2013). As crenças sobre os fatores externos que afetam a Acne também variam de acordo com a raça e etnia, nos Estados Unidos (Cheng et al., 2010). De entre os fatores que globalmente são tidos como potenciais influenciadores da Acne (hábitos de higiene, dieta, stresse, tocar na cara, e espremer borbulhas), os adolescentes negros foram os que menos acreditaram na influência destes fatores na Acne. Em contrapartida, os adolescentes asiáticos foram o grupo que mais admitiu o efeito destes fatores. Os mesmos

autores afirmaram que, apesar da maior parte dos adolescentes com Acne não acreditar que têm culpa por ter Acne, os hispânicos foram os que mais assumiram ter culpa própria.

Do ponto de vista global, olhando para vários estudos, a maior parte dos pacientes com Acne acredita que a doença será afetada por múltiplas causas, sendo o stresse uma dos principais (McEvoy, Nydegger & Williams, 2003). A figura 2.6 representa a relação das crenças mais fortes na Acne.

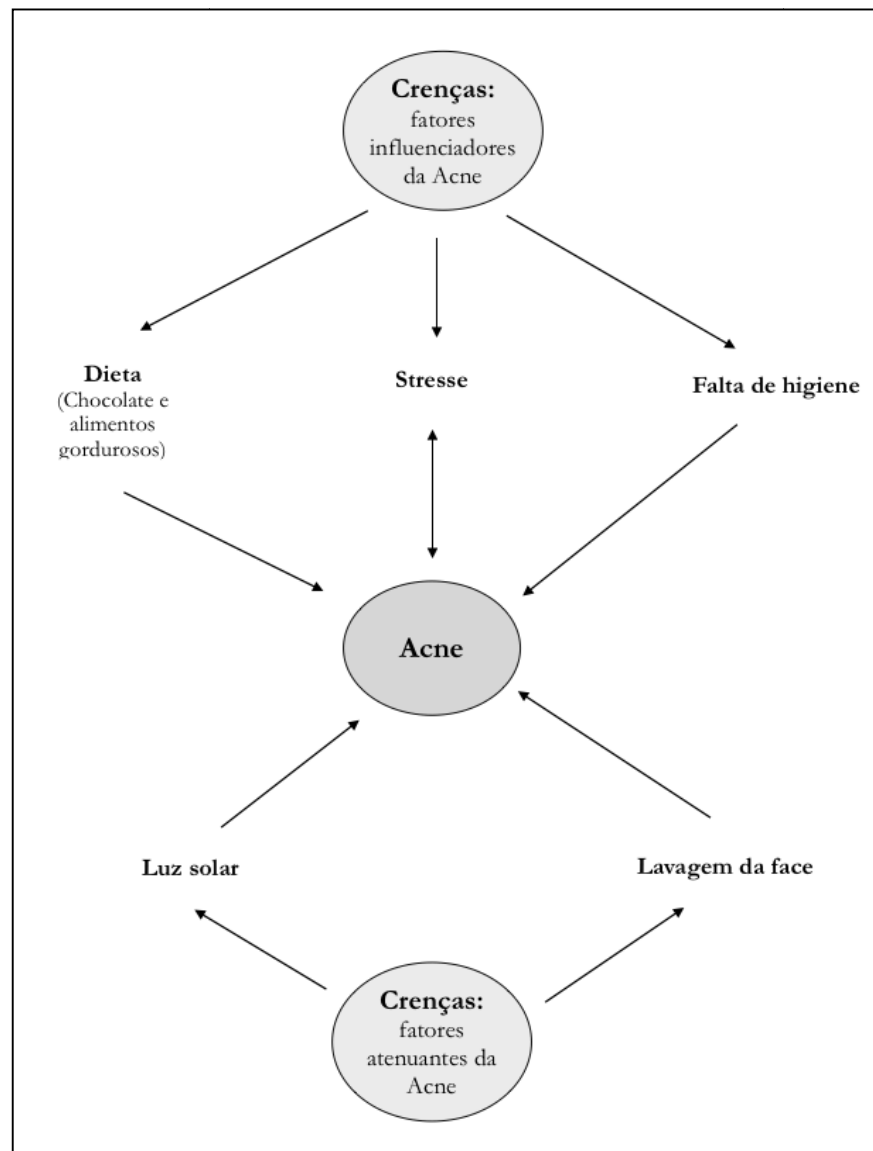


Figura 2.6: As crenças mais comuns na Acne

Dos vários estudos analisados em vários países, em diversos meios, com ênfase na população adolescente, ressaltaram algumas crenças sobre as circunstâncias influenciadoras da Acne. Apesar de terem sido enumerados vários fatores causadores da Acne, haverá três fatores que acabam por ser transversais à maior parte das investigações efetuadas: A dieta (especialmente o chocolate), o stresse (muitas vezes apontado, simultaneamente, como causa e consequência da Acne) e a falta de higiene. Por outro lado, como fatores atenuantes da Acne, parece haver um entendimento global na perceção curativa do sol e da lavagem sistemática da face.

As crenças relatadas não dependem do acesso à informação médica (mesmo estudantes finalistas de medicina acabam por adotar essas *falsas crenças*), permitindo-nos sublinhar algumas conclusões apontadas por outros investigadores: as crenças à volta da Acne acabam por estar tão enraizadas na cultura popular que a informação científica não tem conseguido desmontar.

## 2.6 A qualidade de vida e a dermatologia

Historicamente considerava-se que as doenças de pele tinham pouco impacto na qualidade de vida. Mas recentemente esta asserção foi sendo rebatida e atualmente sabe-se que as doenças de pele podem afetar o bem-estar psicológico e social dos pacientes, o seu dia-a-dia, bem como dos seus companheiros, família, amigos e colegas (Green, 2010). Este autor inclui os companheiros e membros da família no conceito do “grande paciente”. Banders e Heijmans *in* Safizadeh, Nakhaee, Shamsi-meymandi, Pourdamghan & Basra (2014) sublinham também a correlação entre a doença e a qualidade de vida, abrangendo os familiares dos pacientes.

As doenças crónicas, em geral, afetam a qualidade de vida (Hawro et al., 2014). As doenças de pele crónicas têm um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes a vários níveis: *distresse* social e psicológico, elevados níveis de depressão e estigma, absentismo no trabalho e menor produtividade (Hong, Koo & Koo, 2008).

O conceito de qualidade de vida está inserido dentro da psicologia positiva e interligado intrinsecamente com a noção de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico. Fala-se, então, da satisfação com a vida, do sentimento de felicidade, na presença de recursos psicológicos efetivos e de uma adequada saúde mental. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a qualidade de vida como a percepção dos indivíduos acerca da sua posição na vida, no contexto

dos sistemas cultural e de valores em que vivem e tomando por referência os seus objetivos pessoais, expectativas, princípios e preocupações.

Calman *in* Green (2010) descreveu a qualidade de vida como a diferença, num dado momento, entre esperanças e expectativas de um indivíduo e as suas experiências presentes. A qualidade de vida inclui a saúde física, o bem-estar emocional, a estabilidade psicológica, as interações sociais, o grau de independência, as crenças e as interações com o ambiente (Green, 2010). Pode também ser definida como a capacidade de desempenhar atividades diárias apropriadas à idade e a poder ocupar o seu papel na sociedade (Shaukat et al., 2013).

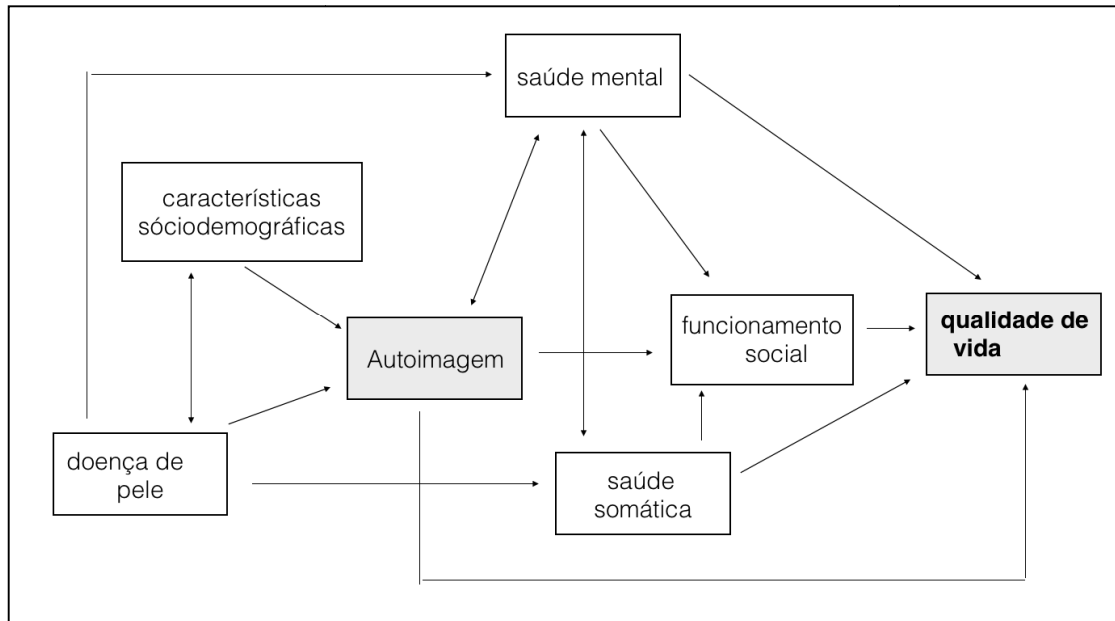
As doenças de pele podem produzir um impacto na qualidade de vida tão grande quanto doenças muito mais debilitantes ou mesmo terminais (Anderson & Rajagopalan 1997). Estes autores salientam que os seus efeitos vão além da severidade da doença e podem incluir o stress psicológico, o embaraço, o estigma e o desconforto físico. No mínimo, a qualidade de vida deve incorporar a perceção de sintomas físicos, efeitos nas rotinas diárias e impacto psicológico (Van Beek et al., 2007).

Muitos estudos demonstram a deterioração da qualidade de vida em pacientes com Acne (Van der Meeren, van der Schaar & van der Hurk *in* Ozturk et al., 2013). É, pois necessário avaliar a qualidade de vida e analisar o seu nível de degradação psicológico ou social (Green, 2010). As medidas de qualidade de vida dos pacientes com Acne devem ser fáceis de usar, os resultados deverão ter significado e estar acessíveis (Nast et al., 2011). Estes autores enfatizam que a medição da qualidade de vida influenciará a escolha da terapia.

Potocka, Turczyn-Jablonska & Kiec-Swierczynska (2008) apontam o facto da maior parte dos investigadores concordar que os fatores que afetam a qualidade de vida devem ser divididos em dois grupos: os objetivos e os subjetivos. Os subjetivos incluem a autoavaliação da condição física, condição mental, situação social e relações interpessoais. A figura 2.7 enquadra os efeitos da doença de pele na qualidade de vida do paciente.

Mas a avaliação da qualidade de vida poderá encerrar alguma subjetividade. Estimar a perceção própria, ou de terceiros, da situação de um indivíduo, avaliando a forma como o seu dia-a-dia é afetado por uma doença, sofre os constrangimentos de qualquer processo de avaliação, nomeadamente a perspetiva do avaliador e a eficácia do(s) instrumento(s) de avaliação utilizados. Para fazer face a esta situação, foram criados diversos instrumentos que pretendem aferir a qualidade de vida em doenças dermatológicas, focando diversas dimensões e realidades. A análise dos resultados obtidos a partir destes instrumentos de medida permitirá

aferir quais os domínios mais afetados pelas doenças dermatológicas.



**Figura 2.7: Efeitos das doenças de pele na qualidade de vida do paciente**

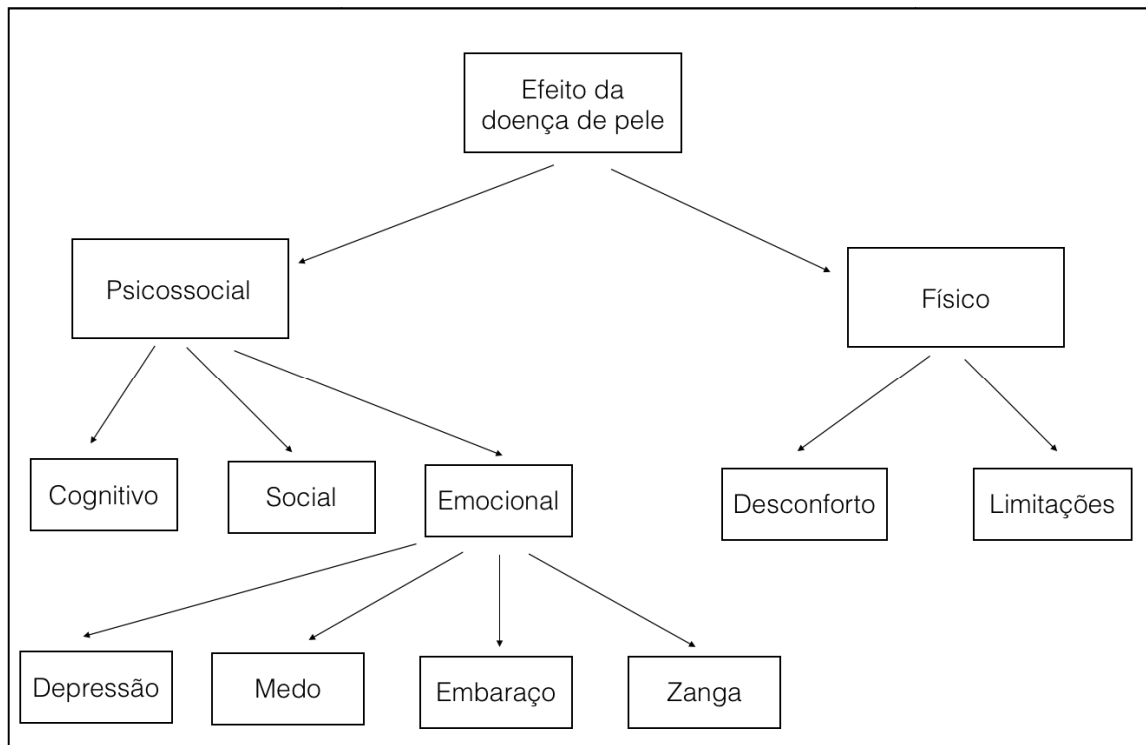
Fonte: Potocka, Turczyn-Jablonska & Kiec-Swierczynska (2008)

Nas pessoas com problemas de pele há algumas atividades e situações cuja qualidade poderá estar, à partida, afetada (Green, 2010): vestuário, ginásios, piscinas, práticas desportivas, férias, hotéis, encontros, festas, fotografias, compras, discursos públicos, vida social, escola, universidade, trabalho, relacionamentos, vida sexual, entre outros. Os efeitos das doenças de pele na qualidade de vida dos pacientes estão esquematizados na figura 2.8.

Para medir o impacto das doenças de pele na qualidade de vida podem usar-se escalas de qualidade de vida, divididas em globais - para várias doenças de pele - e específicas - para a Acne (Dréno, 2006). A autora realça o papel importante que as escalas de avaliação da qualidade de vida podem ter na apreciação dos fatores que influenciam o dia-a-dia dos pacientes, e que ajudarão o dermatologista a considerá-los nos tratamentos:

- Avaliando o impacto psicológico da Acne, que nem sempre está correlacionado com o grau de severidade da mesma;
- Detetando a depressão nos adolescentes ou a necessidade de tratamento suplementar com seguimento psicológico;
- Melhorando o resultado terapêutico.



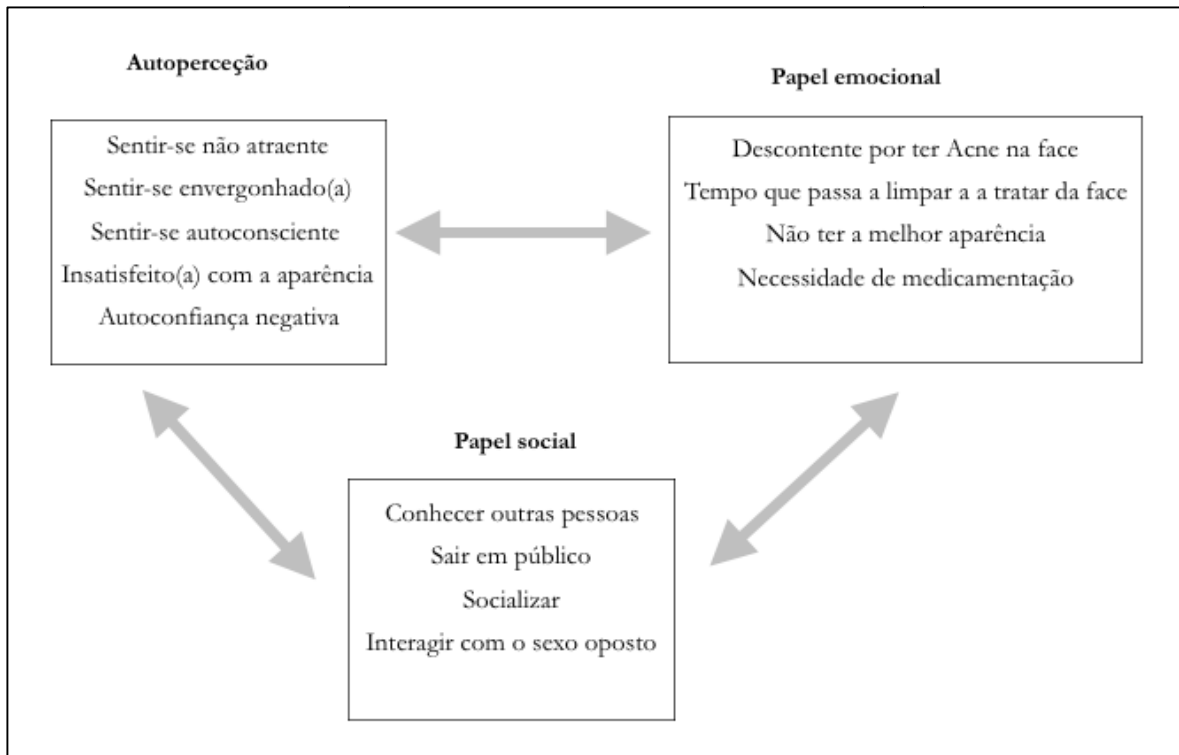


**Figura 2.8: Enquadramento dos efeitos da doença de pele na qualidade de vida dos pacientes**

Fonte: Chren, Lasek, Quinn, Mostow & Zyzanski (1996)

O Questionário de Qualidade de Vida Específico da Acne (Acne-QoL) de Martin, Lookinbill, Botek, Light, Thiboutout e Girman (2001) visa medir o impacto da Acne facial em quatro dimensões da qualidade de vida do paciente (auto percepção, papel emocional, papel social, sintomas da Acne), através de 19 itens (Fehnel et al., 2012). Estes autores confirmaram a fiabilidade, sensibilidade, flexibilidade do instrumento e demonstraram uma correlação positiva elevada entre as subescalas de auto percepção, papel emocional e papel social. A figura 2.9 ilustra esta conexão.

Gupta et al. (1998) desenvolveram uma outra escala de qualidade de vida ligada à Acne (*Acne Quality of Life Scale*), composta por duas dimensões, desenvolvidas no quadro 2.1: a primeira dimensão contém nove itens relacionados com o impacto social da Acne, enquanto que a segunda dimensão compreende três itens que se referem ao impacto vocacional da Acne. Os referidos autores consideram que esta escala pode ser útil para que os pacientes, valorizando a sua qualidade de vida, possam decidir submeter-se a terapêuticas para a Acne.



**Figura 2.9: Correlação entre a auto percepção, o papel emocional e o papel social na qualidade de vida**

Fonte: Adaptado de Fehnel et al. (2012)

O *Dermatology-specific Quality of Life* (DSQL) é uma outra ferramenta desenvolvida para abordar os efeitos das doenças da pele e do seu tratamento no funcionamento físico e social e nas auto percepções (Anderson & Rajagopalan, 1998). Estes autores defendem que a Acne influencia a qualidade de vida, nomeadamente o nível de funcionamento social do indivíduo, a extensão negativa das auto percepções - embaraço, falta de autoconfiança, limitações na apresentação e aspecto físico - e o desconforto, como comichão, dor e ardor. O DSQL é composto por cinco subescalas, que monitorizam as dimensões da vida afetadas pela Acne (quadro 2.2): sintomas físicos, atividades diárias, social, trabalho/escola, auto percepção.

**Quadro 2.1: *Acne Quality of Life Scale***

Impacto social da Acne	Impacto vocacional da Acne
Autoconsciência	Trabalho
Socialização	Escola
Cônjuge/ parceiro	Emprego
Amigos próximos	
Família intermédia	
Afastado	
Aparência divertida	
Romântico	
Amigos	

Fonte: Gupta, Johnson & Gupta (1998)

**Quadro 2.2: *Dermatology-specific Quality of Life (DSQL)***

Dimensões	Itens
Sintomas físicos	Pele seca Dor Comichão Ardor
Limitações em atividades diárias	Atividades físicas Barbear Escolha de roupa Penteados Alimentação

Dimensões	Itens
Social: limitações	Fazer amigos Estar confortável em situações sociais Fazer coisas agradáveis Estar com amigos Hábitos de encontros Relações pessoais Ir às compras Passar tempo com a comunidade
Trabalho/ Escola: limitações	Progressão na carreira Ter um bom emprego Falar com os colegas Eficácia em reuniões Ser pontual
Autoperceção	Frequência da falta de autoconfiança Frustração Vergonha Raiva Preocupação com as opiniões negativas de outros

Fonte: Adaptado de Anderson & Rajagopalan (1998)

O instrumento que avalia a qualidade de vida dos familiares dos pacientes de dermatologia é o *Family Dermatology Life Quality Index* (FDLQI) (Safizadeh et al., 2014), representado no quadro 2.3. O impacto da doença nas famílias é sentido principalmente nos relacionamentos sociais, estatuto financeiro, atividades de lazer, absentismo no trabalho e flexibilidade (Baanders & Heijmans in Safizadeh et al., 2014).

**Quadro 2.3: *Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI)***

FDLQI	
1.	Impacto emocional
2.	Bem-estar físico
3.	Relacionamentos
4.	Reação das pessoas
5.	Vida social
6.	Atividades de lazer
7.	Peso de tomar conta
8.	Trabalho de casa
9.	Trabalho/estudos
10.	Peso financeiro

Fonte: Safizadeh et al. (2014)

Bez et al. (2013) afirmam que os pacientes com Acne têm uma qualidade de vida menor do que indivíduos sem Acne, materializada por um funcionamento físico deficiente, disfunção do papel físico, percepção geral de saúde e disfunção emocional. Rubinow et al., Gupta et al. *in* Fehnel et al. (2002) salientam os efeitos psicológicos da Acne, com impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde, nos quais se incluem a ansiedade, depressão, autoconsciência, embaraço, baixa autoestima e alheamento social. A Acne poderá afetar as pessoas de forma multidimensional, abrangendo dificuldades emocionais e dificuldades nas interações sociais, para além do incómodo gerado pelos próprios sintomas - comichão, ardor, dores nas lesões inflamadas, provocadas pelo inchaço, entre outros. Raramente na Acne se poderá observar incapacidade funcional.

Hawro et al. (2014) estudaram a qualidade de vida e a esperança na psoríase. Este estudo distingue-se pela preocupação dos autores em encontrarem fatores protetores da qualidade de vida em pacientes com uma doença de pele sistémica, como é a psoríase. O estudo permitiu confirmar que a esperança está positivamente correlacionada com a qualidade de vida. Este estudo alertou para a importância de existirem fatores protetores da qualidade de vida. Os autores analisaram a evolução da psoríase, a sua resistência à terapia, o desconforto da terapia e a presença de lesões de pele, fatores que deram origem a uma estigmatização, com subsequente prejuízo da qualidade de vida. Neste contexto, a esperança<sup>1</sup> surge como um fator

<sup>1</sup> Crença individual de que o mundo está organizado de forma ordeira, racional e amigável para as pessoas (Erikson *in* Hawro et al., 2014).

psicológico que poderá contribuir para moderar os efeitos nocivos da psoríase na qualidade de vida, estimulando uma forma positiva de superar os problemas. A esperança em si está positivamente correlacionada com a qualidade de vida (Bailey et al., Wrobeski & Snyder *in* Hawro et al., 2014).

Hawro et al. (2014) concluíram ainda que a esperança e a psoríase estão correlacionadas com a qualidade de vida, especialmente em pacientes mais novos, e que uma elevada qualidade de vida nos pacientes de psoríase é, em parte, uma consequência de elevados níveis de esperança, salientando-se que esta pode ser vista como uma dimensão que atenua o impacto do stresse. A psoríase tem um impacto na qualidade de vida comparável ao observado por doenças crónicas mais graves, tais como o cancro, a artrite e a depressão (Rapp, Feldman, Exum, Fleisher & Reboussin *in* Pereira, Brito & Smith (2012). Os pacientes com psoríase mais grave apresentam maior ansiedade e pior qualidade de vida do que os pacientes com psoríase mais suave (Pereira et al., 2012). Estes autores sublinham a importância de incorporar as variáveis familiares nas intervenções psicossociais nos pacientes de psoríase, nomeadamente no relacionamento do casal. Em linha com as afirmações referidas sobre a psoríase, pensamos que se houver uma representação social da Acne menos negativa ou a tender para o neutro, tal poderá constituir-se como um fator protetor da qualidade de vida.

Constata-se, pois, que as doenças dermatológicas têm um impacto considerável na qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares. A melhor forma de aferir a influência destas doenças na qualidade de vida é através da aplicação de questionários. O impacto emocional é relatado como mais forte nos pacientes adultos, mas a autoperceção, a componente social e de trabalho também podem ser seriamente afetados (ver figura 2.10). Nas crianças, a influência na qualidade de vida manifesta-se principalmente na sua disposição, conforto e interferência nas suas atividades. Os familiares dos pacientes sentem os seus relacionamentos sociais, estatuto financeiro, atividades de lazer, absentismo no trabalho e a sua flexibilidade, como as áreas mais afetadas no seu dia-a-dia.

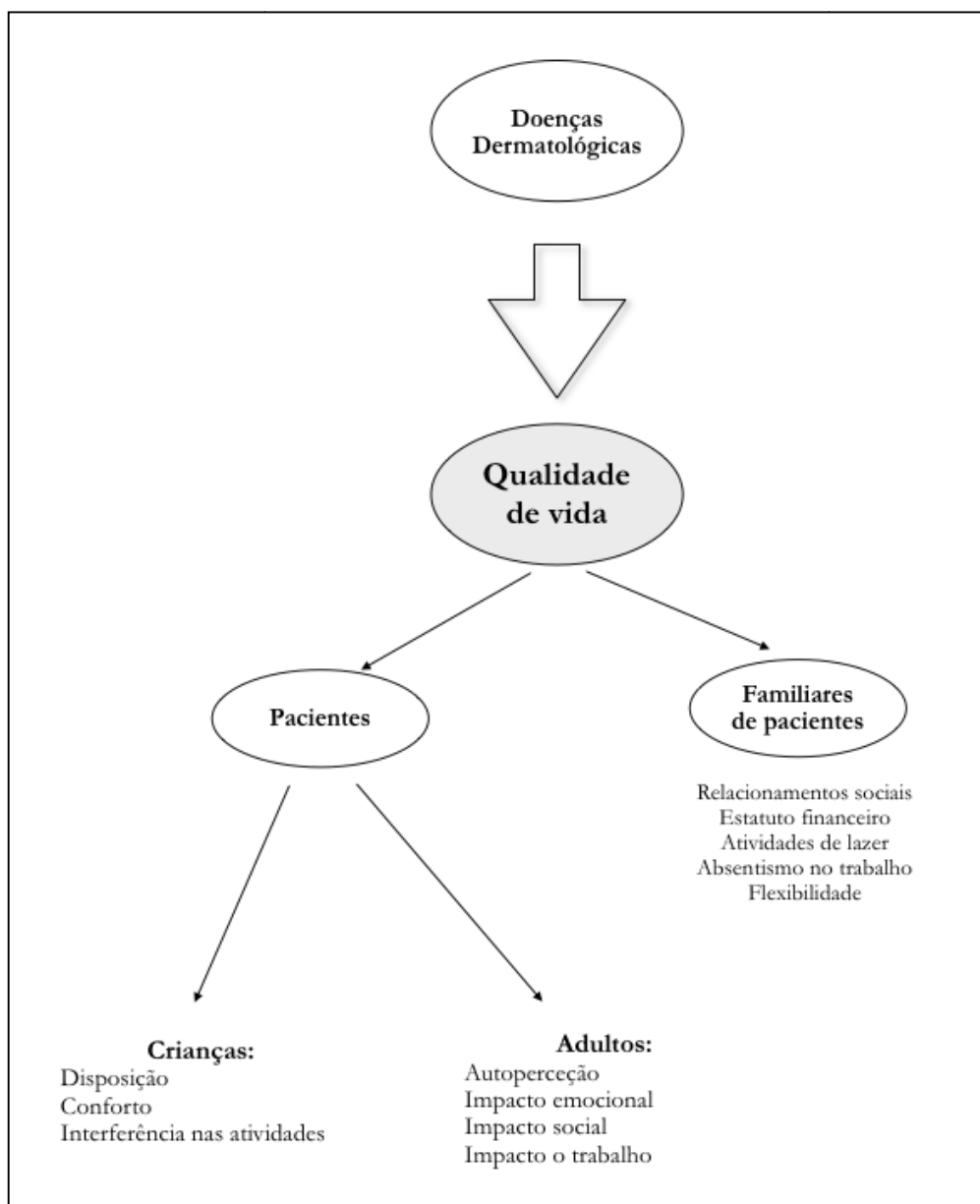


Figura 2.10: Impacto das doenças dermatológicas na qualidade de vida

## 2.7 Depressão, ansiedade e stresse

A depressão, a ansiedade e o stresse aparecem frequentemente ligados a doenças do foro dermatológico, apesar de as causas-efeitos destas variáveis nem sempre serem claras, nomeadamente no que diz respeito à Acne.

Segundo Lovibond e Lovibond (1995), a depressão caracteriza-se principalmente pela perda de autoestima e de motivação. Está associada à percepção de uma baixa capacidade para alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo. A noção de depressão inclui disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. A depressão pode ainda ser reconhecida como uma alteração persistente do humor - humor depressivo - acompanhado por baixa autoestima, sentimentos de desvalorização pessoal e perda do interesse em geral (Yang, et al., 2014). Ainda de acordo com Lovibond e Lovibond (1995), a noção de ansiedade remete para a relação entre estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo implicando excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Por último, os mesmos autores descrevem o stresse como sendo um estado de excitação e tensão persistente com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. O stresse evidencia-se pela dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilidade em ficar agitado ou aborrecido, sendo o indivíduo facilmente irritável e com reações exageradas de impaciência. Dhabhar (2013) afirma que o stresse funciona como uma resposta fundamental da natureza humana ligada à sobrevivência. Porém, o mesmo autor alerta para os efeitos nocivos do stresse na saúde, principalmente causados pelos fatores stressores crónicos e de longo prazo. É o prolongamento desses fatores stressores que causam as disfuncionalidades do organismo.

Apesar de a Acne não ser uma doença vitalícia ou que ameace a vida, poderá causar perturbações emocionais e ter consequências psicossociais adversas como depressão, baixa auto-estima e fobia social (Yang et al., 2014), principalmente nos pacientes com Acne severa (Unlenhake et al., 2010). Estudos apontam para que os pacientes com Acne sofram de ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldades nas relações interpessoais, desemprego, retraimento social e até ideação suicida, sendo que a ansiedade, a depressão e o stresse são as perturbações e as dificuldades mais referidas ligadas à Acne (Oszturk et al., 2013).

Uhlenhake et al. (2010) verificaram que existe uma incidência de depressão duas a três vezes superior em pacientes com Acne do que na população dita normal. Os autores concluem que a Acne é uma doença que afeta pessoas de todas as idades, tanto física como psicologicamente, sublinhando a correlação entre a depressão e a Acne, principalmente em pacientes com idades superiores a 36 anos, nomeadamente os do sexo feminino. Por sua vez, Bashir, Rao e Dar (2010) identificaram que a depressão é frequente em homens adultos que sofrem de problemas dermatológicos, nomeadamente Acne, psoríase ou urticária. Porém,



Gupta e Gupta (1998) afirmam que, apesar da Acne afetar emocionalmente ambos os géneros, no que respeita à depressão não parecem existir diferenças de género significativas. Ainda de acordo com Unlenhake et al. (2010), os pacientes com Acne moderada têm depressão mais elevada do que pacientes com alopecia, dermatite atópica ou psoríase, embora os mesmos autores não consigam confirmar se a associação entre a depressão e Acne é uma relação causal - se a Acne emerge “estimulada” ou desencadeada pela depressão ou se a depressão é um problema primário que poderá ser agravado pela Acne. Alguns estudos, contudo, apontam no sentido de as cicatrizes deixadas pela Acne estarem na origem da psicopatologia (Goodman, 2001). De acordo com vários autores, há um incremento de sintomas depressivos em adolescentes com Acne (Kilkenny et al., 1997; Purvis, Robinson, Merry & Watson, 2006; Rapp et al., 2004), os quais tendem a diminuir com tratamento efetivo (Tan, 2004).

A ligação da ansiedade com a Acne é defendida por vários autores. Kurtalic et al. (2010) situam a ansiedade proveniente da Acne como superior à registada em cancro da pele. Tal situação pode ser explicada pela importância que a imagem tem, principalmente para os adolescentes. A condição da pele pode ter um grande impacto na qualidade de vida dos jovens e os problemas que ocorrem relacionados com a pele podem levar à baixa estima, revolta, ansiedade e depressão (Gupta e Gupta, 1998; Green et al. *in* Reich et al., 2007; Kurtalic et al., 2010; Ozturk et al., 2012; Yang et al., 2014). Uhlenhake et al. (2010) reportaram que, num estudo entre adolescentes, mais de metade da amostra via a Acne, não como uma doença, mas como uma imperfeição autoinduzida. Tasoula et al. (2012) afirmam que a Acne mais severa está associada a um maior efeito sobre a qualidade de vida, com implicações na autoestima, imagem corporal e relacionamentos com outros. Os mesmos autores não descobriram diferenças entre elementos do sexo masculino e feminino quanto aos efeitos emocionais na qualidade de vida. Wu, Kinder, Trunnell e Fulton (1988) relataram que os pacientes que se autoavaliaram como tendo Acne severo, ou que foram avaliados como tal pelos seus dermatologistas, experimentaram níveis mais elevados de ansiedade do que os pacientes com Acne ligeira ou moderada, ou do que indivíduos sem Acne.

Existe também uma interdependência entre a Acne e o stresse: a Acne por si só pode ser uma fonte de stresse, mas o stresse também a pode causar, ou agravar (Tasoula et al., 2012). Alguns estudos vão no sentido de confirmar a importância do stresse emocional como um agente importante para desencadear as doenças dermatológicas inflamatórias (Reich et al., 2007). Estes autores tentaram compreender o significado e a importância do stresse emocional nas doenças dermatológicas inflamatórias, nas quais se inclui a Acne.

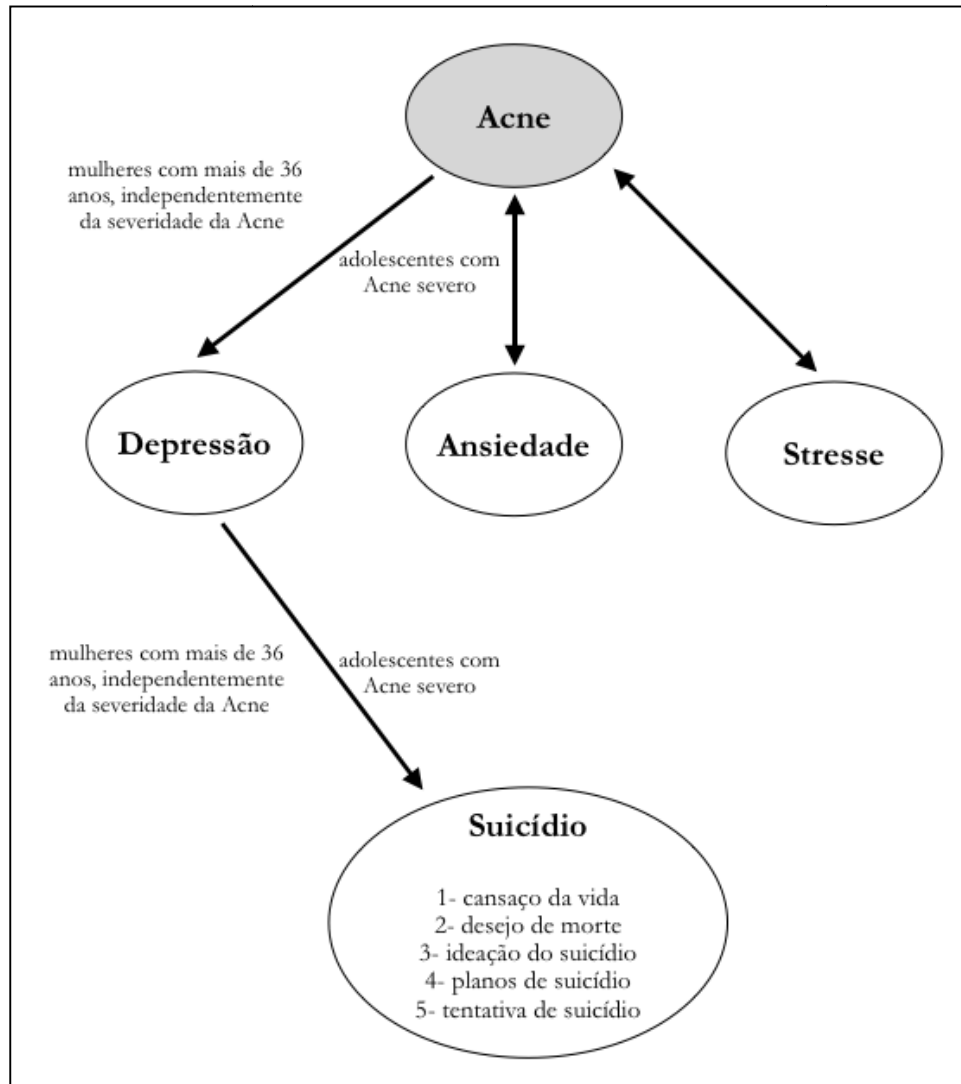
Yang et al. (2014) afirmam que as tentativas de suicídio serão um indicador de *distresse* emocional e tendem a ocorrer em pacientes com elevada depressão, e que esta constitui, por sua vez, um grande fator de risco de suicídio. No entanto, o impacto da Acne na depressão e suicídio pode variar com a idade dos pacientes, o género, a etnia, e o ambiente cultural. Apesar da associação da Acne ao suicídio não ser estatisticamente significativa, observa-se uma tendência de aumento do risco de suicídio entre os pacientes com Acne (Yang et al., 2014), principalmente entre os pacientes com Acne moderada ou grave (Picardi, Lega & Tarolla, 2013). Os índices de ideação suicidária são mais elevados nos pacientes com Acne do que nos pacientes em geral, e a elevada depressão sentida por pacientes com Acne e psoríase está também associada à maior frequência de ideação do suicídio - mesmo nos pacientes com doença dermatológica ligeira a moderada - especialmente com Acne na face (Gupta & Gupta, 1998), principalmente nas mulheres, pelo seu cuidado acrescido com a aparência (Picardi, Mazzotti e Pasquini, 2006). Estes autores esclarecem que a ideia de suicídio não deve ser vista apenas como a tentativa de materialização do suicídio, mas pode ser encarada como um processo sequencial ao longo do tempo, com diversos estádios: cansaço da vida, desejo da morte, ideação do suicídio, planos de suicídio e tentativa de suicídio. Por isso os referidos autores consideram ser perigoso considerar a Acne como um problema meramente cosmético. Yang et al. (2014) concluíram que o género feminino e a Acne estão conjunta e independentemente associados com o risco de maior depressão e suicídio.

Correlacionando o temperamento e o carácter, com a ansiedade e a depressão, em pacientes com Acne, Ozturk et al. (2012) afirmam que os níveis de ansiedade e depressão, evitamento de danos, preocupação e pessimismo, dependência e consciência integrada são mais elevados em pacientes com Acne do que num outro grupo. Os mesmos autores concluíram que valores elevados de ansiedade e depressão sugerem que os pacientes têm um temperamento que os torna propensos a desenvolver Acne na resposta ao stresse e que mostram uma correlação negativa com a cooperação, sugerindo que uma degradação da aparência do indivíduo pode levar a uma intolerância social e a um aumento da suscetibilidade para a depressão.

Urpe et al. (2005) defendem que os fatores sociais e psicológicos podem influenciar os processos de doença através de dois mecanismos principais: processos psicossociais e comportamentos orientados para a saúde. Os primeiros incluem fatores que afetam a interpretação e a resposta a eventos e a stressores do dia-a-dia, como a saúde mental, fatores de disposição, características de personalidade e recursos, como os relacionamentos sociais.

Os comportamentos orientados para a saúde (exercício, nutrição, e tabagismo) servem como caminhos indiretos através dos quais os processos psicológicos podem influenciar a saúde.

A figura 2.11 ilustra graficamente a relação entre a Acne, a ansiedade, a depressão e o stresse.



**Figura 2.11: Relação entre Acne, ansiedade, depressão e stresse**

A diversidade de estudos referidos e as suas conclusões algo díspares sublinham o facto de haver diversas variáveis que influenciam de forma distinta o impacto da Acne na depressão, na ansiedade e no stresse: não só as variáveis óbvias como a idade, género, mas também o temperamento e o carácter do indivíduo e, naturalmente, a herança cultural do meio onde vive.

Existem estudos que situam a Acne principalmente nos adolescentes e jovens adultos, onde esta surge como responsável pela indução de níveis acrescidos de ansiedade, depressão e baixa autoestima. No caso dos adolescentes, não parece haver distinção do género quanto aos níveis de ansiedade e depressão, embora haja estudos que conferem maior predisposição aos jovens pacientes de Acne do sexo masculino para terem uma ideação suicida. Parece também haver uma relação entre o grau de ansiedade e a severidade da Acne. No entanto, a depressão em pacientes com Acne será mais comum em indivíduos com mais de trinta e seis anos, principalmente nas mulheres. E esta depressão originada pela Acne pode levar à ideação do suicidária, por parte das mulheres, independentemente do grau de severidade da Acne.

## 2.8 Estratégias de *coping*

Em psicologia o termo *coping* habitualmente refere-se a formas construtivas e adaptativas do indivíduo lidar com determinado elemento stressor, tendo em vista a sua resolução e manejo. São portanto respostas comportamentais, emocionais ou outras a stressores, as quais visam diminuir os níveis de stress subjetivamente percebidos.

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) referem que o conceito de *coping* tem sido descrito como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes. O *coping* é definido por Folkman e Lazarus (1980) como um esforço para lidar com exigências externas - do ambiente - ou internas - do próprio indivíduo - que sobrecarregam ou excedem os recursos do indivíduo, atuando como um fator que permite o ajustamento individual em presença de situações stressantes (Holahan & Moss *in* Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Para Ribeiro e Rodrigues (2004) o *coping* é um processo fundamental para o ajustamento ou adaptação. É uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses mesmos acontecimentos. É interessante notar que o desenvolvimento do conceito atual de *coping* deriva da psicologia do ego (escola psicanalítica com dominância nos Estados Unidos da América), próxima da escola Freudiana. O conceito de estratégias de *coping* foi portanto inspirado no conceito psicanalítico de mecanismos de defesa - bastante desenvolvido por Anna Freud e estudado por Neves (2004). Freud (1933)

considerava os mecanismos de defesa como processos inconscientes que os indivíduos utilizam para lidar com ameaças internas ou conflitos. Inicialmente para a psicanálise todos os mecanismos de defesa eram patológicos. Contudo, mais tarde, foi sendo compreendida a sua importância fundamental para auxiliar a manutenção de um psiquismo saudável. Ao sair da esfera da psicanálise passou a dar-se mais destaque aos mecanismos conscientes (por oposição a Sigmund Freud, que se centrava quase exclusivamente nos mecanismos inconscientes). A partir da década de 70, segundo Parker e Endler *in* Ribeiro e Rodrigues (2004), o *coping* passou a ser considerado fundamentalmente como um processo de resposta consciente ou uma reação a um acontecimento externo negativo ou stressante. O manual de classificação das doenças mentais DSM-IV TR apresenta os termos - *coping* e mecanismos de defesa - como sinónimos.

Alguns autores, nomeadamente Folkman e Moskowitz *in* Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), opõem-se à ideia de estilo de *coping*, defendendo que a cristalização de determinados padrões de estratégias de *coping* é contraproducente e não promove a adaptabilidade, podendo levar a que as próprias estratégias de *coping* sejam ineficazes, precisamente por bloquearem a acessibilidade livre a outras estratégias, potencialmente mais eficazes para a situação e objetivos em causa. Os autores que defendem esta perspetiva preferem pensar em termos de abordagens contextuais de *coping*. Dentro desta linha de pensamento, e de acordo com os mesmos autores, identificam-se as seguintes características dominantes:

1. O *coping* tem múltiplas funções, incluindo não só a regulação do *distresse* e a gestão dos problemas que causam o *distress*;
2. O *coping* é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress, incluindo a sua controlabilidade;
3. O *coping* é influenciado pelas características de personalidade, incluindo o otimismo, o neuroticismo e a extroversão;
4. O *coping* é influenciado pelos recursos sociais.

De um ponto de vista cognitivo, Folkman e Lazarus propuseram em 1980 um modelo de *coping* baseado em duas categorias funcionais: o *coping* com foco no problema e o *coping* com foco na emoção (Antoniazzi et al., 1998). Neste sentido, e segundo estes autores, as estratégias de *coping* são ações intencionais que podem ser aprendidas, usadas e abandonadas. Logo, os mecanismos de defesa involuntários (a negação, o deslocamento ou a regressão) não são estratégias de *coping*. As mesmas autoras analisam o modelo de Folkman e Lazarus, apontando ao *coping* quatro conceitos de base:

1. O *coping* é um processo de interação entre o indivíduo e o meio ambiente;
2. O *coping* visa gerir a situação stressora, em vez de a controlar ou dominar;
3. Está subjacente ao *coping* a avaliação do fenómeno (perceção, interpretação e representação na mente do indivíduo);
4. O processo de *coping* pressupõe um esforço no sentido de gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) as ações internas ou externas.

Este modelo de *coping* será o mais detalhado e objetivo dos modelos existentes (Beresford *in* Antoniazzi et al., 1998). As estratégias de *coping* são controladas em parte pela personalidade e em parte pelo meio ambiente. Antoniazzi et al. (1998) distinguem entre estilos e estratégias de *coping*. Os estilos estão relacionados com as características de personalidade ou com resultados do *coping*, enquanto que as estratégias estão referidas a ações realizadas num determinado episódio de stresse. Ribeiro e Rodrigues (2004) defendem que o uso sistemático de determinadas estratégias de *coping* forma um estilo de *coping*. Vários autores enumeram distintos estilos de *coping*. Porém, é possível analisar alguns elementos comuns transversais às várias análises, atendendo ao estilo de personalidade (Compas; Rudolph; *in* Antoniazzi et al., 1998).

Poderá haver dois estilos de atenção dedicados à situação de stresse: *controlador* e *desatento* (Miller *in* Antoniazzi et al., 1998). O primeiro estilo pressupõe uma postura mais vigilante e atenta para um melhor controlo da situação, enquanto que o segundo contém uma postura de evitamento que se materializa num afastamento da ameaça. Band e Weisz *in* Antoniazzi et al. (1998) dividem os estilos de *coping* em primário e secundário: o primário lida com situações objetivas e o secundário compreende a capacidade de adaptação do indivíduo às condições de stresse. O estilo de *coping* ainda pode ser ativo ou passivo (Billings & Moss; Holahan & Moss; *in* Antoniazzi et al., 1998). O *coping* ativo envolve uma aproximação ao foco de stresse, ao passo que o *coping* passivo prevê um evitamento do mesmo. No caso das crianças, o comportamento de *coping* pode ser classificado pela dimensão da atividade (direta - foco na situação stressora; ou indireta - evitamento ou alívio das consequências da situação) e de sociabilidade (pró-social - a criança procura ajuda de outros; ou anti-social - a criança tem uma atitude agressiva com terceiros) (Altshuler & Ruble; Berg; Compas et al.; *in* Antoniazzi et al., 1998).

Os adultos com maior extroversão têm uma tendência para usar uma abordagem mais madura de *coping*, alicerçada no pensamento positivo e numa ação mais racional. Por sua vez, os

adultos com maior neuroticismo tendem a mostrar uma atitude de maior evitamento, materializado por reações hostis e passividade (Costa & McCrae *in* Ebata & Moss, 1994).

Segundo Carver e Connor-Smith (2010), foram identificadas centenas de estratégias de *coping* e a classificação e organização de todas essas estratégias ainda está por fazer, por falta de concordância entre os autores. Weiten e Lloyd (2008) agruparam as principais estratégias em três categorias: estratégias focadas na avaliação, estratégias focadas nas emoções e estratégias focadas no problema. Folkman e Lazarus centram-se nas estratégias de *coping* focadas na emoção (esforço para regular o estado emocional associado ao stress) e no problema (esforço para agir na situação que originou o stress) (Antoniazzi et al., 1998). E estas duas estratégias estão naturalmente interligadas, pois agir numa altera a outra. Poderá haver ainda uma outra estratégia de *coping*, com foco nas relações interpessoais (em que o indivíduo procura o apoio nas relações interpessoais) (Coyne & DeLongis *in* Antoniazzi et al., 1998).

Para medir o *coping* pode ser usado um protocolo: o inventário COPE de Carver, Scheier e Weintraub (Carver, 1997). Mas o mesmo autor alerta para a possibilidade de poder ser usado um outro protocolo, mais simples, omitindo algumas escalas do primeiro: o *Brief* COPE. Desta forma podem ser contornados os itens que são redundantes no inventário e, ao mesmo tempo, aligeirar o seu preenchimento por parte do indivíduo. O referido autor demonstrou a fiabilidade do *Brief* COPE - cujas dimensões base constam do quadro 2.4.

Ribeiro e Rodrigues (2004) estudaram a aplicação do *Brief* COPE em Portugal, demonstrando que a estrutura factorial da versão portuguesa do questionário, bem como a maioria das correlações entre as escalas que compõem o questionário, apresentam características idênticas às do *Brief* COPE original.

Os pacientes de dermatologia muitas vezes centram as suas preocupações mais nas reações de terceiros ao seu aspeto do que propriamente na doença em si (Rapp, Fledman, Fleisher & Reboussin *in* Krishna, 2009). Para lidar com as várias situações de estigmatização em encontros sociais, os pacientes podem adoptar comportamentos subtis como rodar o corpo sobre si próprios, escondendo o lado pior, revelando um fraco ajustamento à situação (Rapp, Cottrell & Leary *in* Krishna, 2009). Esta reação pode surgir quando o paciente não consegue adotar uma postura social mais proativa (Thomson *in* Krishna, 2009).

**Quadro 2.4: Dimensões do *BriefCOPE*, por escala**

<i>Coping</i> ativo
Planeamento
Reformulação positiva
Aceitação
Humor
Religião
Usar apoio emocional
Usar instrumento de apoio
Auto-distração
Negação
Ventilação
Substância
Comportamento de desligar
Auto-culpa

No caso da psoríase, o *distresse* psicológico está mais presente em pacientes do sexo feminino (Finzi et al., 2007). Estes autores apontam, neste caso, para estratégias de *coping* mais orientadas para o planeamento, para o *coping* ativo e para a aceitação.

Os pacientes com Acne sofrem de *distresse* e problemas psicológicos (Niemeir, Kupfer, Demmelbauer-Ebner, Effendy & Gieler, 1998). Estes autores aplicaram um questionário CSD (*Chronic Skin Disorders*) a um grupo de indivíduos, chegando à conclusão que o referido questionário cobre as dimensões importantes do *coping* relativo à Acne, nomeadamente a ansiedade social, o desamparo, o estado de ansiedade-depressão e o impacto na qualidade de vida. E, comparando o grupo de pacientes com Acne com um grupo de pessoas com pele saudável, os primeiros tinham valores superiores em todas as escalas do CSD, exceto no estado de ansiedade-depressão. Niemer et al. (1998) concluíram também que os pacientes com maior grau de instrução estão mais bem informados e lidam melhor com a Acne. Não se verificaram correlações entre a idade e o género nas várias escalas do CSD, exceto na procura de informação.



Poderá não haver diferenciação por género na procura de ajuda de um dermatologista, mas há diferenciação relativamente à idade: são os mais velhos que procuram a ajuda médica (Rigopoulos et al., 2007). Estes autores relacionaram a Acne com a qualidade de vida diária e descobriram que a doença não tinha efeito nos hábitos de fumo, nas horas ou distúrbios de sono, no desempenho escolar e nem mesmo no auto-stresse reportado. Poderá ter, porém influência nas relações interpessoais e na autoimagem.

As respostas de *coping* na adolescência podem ser hierarquicamente organizadas em categorias mais abrangentes de aproximação ou evitamento (Ebata & Moss, 1994), ou foco no problema e na emoção (Compas, Malcarne & Fondacaro *in* Ebata & Moss, 1994). Enquanto o modelo de aproximação e evitamento combina as respostas de acordo com o foco ou a direção das respostas (face ao stressor), o modelo de foco no problema e na emoção dispõe as respostas de acordo com a sua função hipotética (Ebata & Moss, 1994). Para estes autores, o padrão de *coping* entre os adolescentes é similar entre os géneros. Relativamente ao temperamento, os adolescentes mais deprimidos, ansiosos e com maior uso de substâncias, tendem a usar estratégias de *coping* de evitamento (Compas et al.; Glyshaw et al.; Hanson et al.; Kurdek & Sinclair; *in* Ebata & Moss, 1994). Atendendo à situação, os adolescentes e os adultos usam mais abordagens de foco no problema em situações que eles consideram como desafiadoras e controláveis, enquanto que o foco na emoção será mais usado em situações que julgam mais incontrolláveis ou ameaçadoras (Carver et al.; Compas et al.; Folkman, Lazarus et al.; Forsythe & Compas; Irion & Blanchard-Fields; McCrae; Moss et al.; *in* Ebata & Moss, 1994). Os efeitos acumulados dos eventos negativos também influenciam o *coping*, (Ebata & Moss, 1994). Pode-se dizer que o *coping* de evitamento é mais comum quando existe uma combinação de grande nível de stresse, com baixa coesão familiar, em adolescentes mais velhos (Hanson et al *in* Ebata & Moss, 1994).

Harju e Bolen (1998) mostraram uma correlação entre o otimismo e o comportamento de *coping*. O otimismo estará mais relacionado com comportamento mais ativo e persistente, ao passo que o pessimismo estará mais ligado a *distresse* emocional e *coping* negativo. Indivíduos mais otimistas, quando expostos a situações de stresse, agem melhor do que os pessimistas de forma a reformular a perceção da situação, usando estilos de *coping* mais adaptativos (Harju & Bolen, 1998). Os mesmos autores sublinham que os pessimistas terão ainda uma qualidade de vida mais baixa. No que concerne ao género, os referidos autores salientam que as mulheres usarão mais traços psicológicos e recursos sociais do que os homens. No *coping*, as mulheres privilegiarão mais a religião, o desabafar e outras atitudes com foco na emoção. Os homens

terão maior tendência para usar os recursos ligados à qualidade de vida. No *coping*, os homens usarão mais a aceitação e o humor. Porém, estes autores alertam para o facto de não haver diferenças significativas no género quanto ao uso de estilos negativos de *coping*. A figura 2.12 evidencia as variáveis mais marcantes do *coping*.

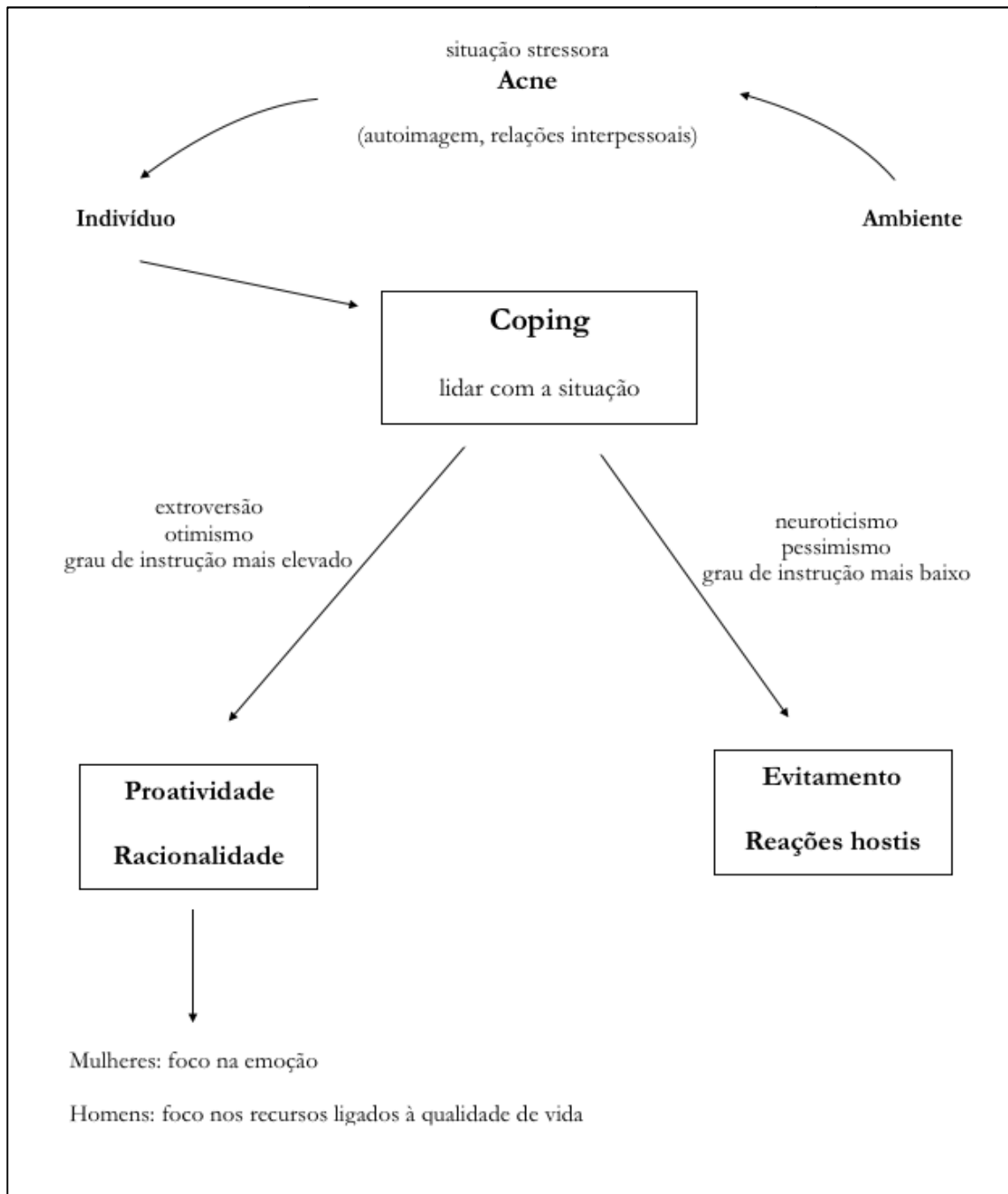


Figura 2.12: As variáveis do *coping*

Poder-se-á concluir que a Acne atua como uma situação stressora para o paciente, não propriamente pela doença em si, mas sobretudo pela afetação da sua imagem perante terceiros, com interferência significativa nas relações interpessoais. As estratégias de *coping*, ou a forma como os pacientes com Acne gerem esta situação stressora, podem variar, mas segundo os investigadores, centrar-se-ão fundamentalmente em dois polos: uma atitude mais proativa e racional, ou uma atitude de maior evitamento e negatividade. A primeira atitude será mais comum em pacientes mais otimistas, extrovertidos e com um grau de instrução mais elevado, melhor informados. A segunda atitude será mais frequente em pacientes com maior neuroticismo, pessimismo e com menor grau de instrução. Dentro da primeira atitude haverá uma distinção por género: as mulheres tenderão a focar-se na emoção e os homens nos recursos mais ligados à qualidade de vida. Na segunda atitude não se verificarão diferenças significativas por género.

## 2.9 Alexitimia

Segundo Veríssimo (2011), o termo “alexitimia” foi criado por Peter Sifneos, psicanalista, no início dos anos setenta do século vinte, para indicar uma alteração afetivo-cognitiva relacionada com uma particular dificuldade em vivenciar, identificar e comunicar emoções. A alexitimia, sendo um conceito enunciado por um psicanalista, é, evidentemente, cara a esta abordagem que a relaciona com o conceito de psicossomática. Para a escola de psicossomática de Paris, por exemplo, os pacientes psicossomáticos são descritos como possuindo uma grande dificuldade em identificar e descrever os seus afetos, associado-a uma pobreza fantasmática e tendo como resultado uma forma de vida funcional e operatória com evitamento do conflito, ou seja, são descritos como alexitímicos.

Veríssimo (2003), por sua vez, considera que a alexitimia e a inteligência emocional são concepções fortemente sobreponíveis, mas de sentido inverso em termos fenomenológicos. Para este autor, os indivíduos alexitímicos têm dificuldades de regulação emocional geradas por dificuldades de processamento cognitivo, inerente ao controlo emocional. Como refere o autor, a capacidade para pensar sobre a origem e o significado dos seus próprios sentimentos na sua subjetividade - tendência à consciencialização - é fundamental para a comunicação consigo próprio e com os outros, gerando capacidade de *insight*. Ainda de acordo com este

autor, a inteligência emocional assenta na capacidade para elaborar representações mentais das emoções e outras experiências - mentalização - e está intimamente relacionada com a regulação emocional. Um *deficit* desta capacidade foi inicialmente correlacionado com problemas descritos como psicossomáticos, e posteriormente com perturbações de stresse pós-traumático, perturbações do comportamento alimentar e outras (Ruesch, 1948; Sifneos, 1967; Krystal, 1968; Bruch, 1973).

Ruesch e Bruch *in* Veríssimo (2003) destacaram a falta de consciência interoceptiva e a dificuldade em descrever as experiências emocionais como as dificuldades centrais nos pacientes psicossomáticos. Já Horney (1952) acentuou a pobreza da fantasia e a orientação para acontecimentos externos em detrimento da experiência íntima. Há nestes indivíduos um concretismo patente no modo de pensar e viver orientado para o exterior, como forma de compensar a falta de consciência relativa às experiências íntimas.

Marty e DeBray (1989) cunharam o conceito de “vida operatória” para descrever o modo de estar na vida orientado para o exterior, enquanto Sifneos (1973) criou o termo alexitimia para designar a mesma dificuldade, ou seja, a dificuldade em identificar e descrever na sua subjetividade a experiência de sentimentos. Este conceito foi posteriormente alargado por outros autores. Nos últimos trinta e cinco anos o conceito de alexitimia foi o paradigma dominante associado às condições psicossomáticas. Mais recentemente tem-se vindo a observar uma transição deste conceito para o de regulação afetiva. Esta mudança dá conta da importância cada vez maior dada aos conceitos dinâmicos por oposição a conceitos estáticos. A alexitimia define um conjunto de características, enquanto que o conceito de regulação afetiva coloca a tónica na forma como o indivíduo gere a sua vida emocional e afetiva (Veríssimo, 2011).

Veríssimo (2003) postula a capacidade para consciencializar e refletir sobre os sentimentos como um meio de regulação emocional e, desta forma, coloca na base da qualidade de vida a capacidade de regulação emocional, ou seja, a falência desta capacidade poderá remeter para a alexitimia e para a consequente perda de qualidade de vida.

No presente, o constructo alexitimia é essencialmente considerado como um traço de personalidade que reflete um *deficit* de processamento cognitivo e de regulação das emoções e já não é sinónimo de doença psicossomática (Veríssimo, 2011). Pensada desta forma, a alexitimia envolve três sistemas distintos: (a) neurofisiológico; (b) motor-expressivo e (c) cognitivo-vivencial. O sistema cognitivo-vivencial remete para a tomada de consciência

subjetiva (mentalização) e para a capacidade de relatar verbalmente os estados emocionais subjetivamente vividos (Dodge & Garber, 1991). A regulação emocional implica estes três sistemas, mas a alexitimia implica predominantemente o sistema cognitivo-vivencial e facilmente se manifesta na sua falha. Quando acontece uma falha neste sistema, não se dá a modulação das emoções e dos sentimentos por via da função do imaginário, assim como também se observa uma consequente dificuldade em comunicá-los verbalmente aos outros.

De acordo com Willemsen, Roseeuw e Vanderlinden (2008), as pesquisas mais recentes sugerem que a alexitimia pode ser considerada como um fator de risco para um conjunto amplo de perturbações médicas e psiquiátricas, podendo aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento de um conjunto de doenças, como fator adicional à predisposição genética e emocional. Estas mesmas autoras associam a alexitimia à baixa escolaridade e a menores níveis sócio-económicos.

Dado que os indivíduos alexitímicos têm dificuldade em gerir a perturbação emocional, tenderão a apresentar respostas exacerbadas do sistema nervoso autónomo e neuroendócrino, gerando desta forma o terreno fértil para o desenvolvimento de doenças somáticas. Para além do anteriormente referido, tendem também a interpretar de forma incorreta as sensações somáticas, gerando ideação hipocondríaca. É ainda relevante destacar que nem todos os pacientes psicossomáticos apresentam características alexitímicas. A alexitimia aparece também na população normal. (Willemsen et al., 2008).

Silva, Vasco e Watson (2013) defenderam a ideia de que se deve falar em “funcionamento alexitímico” e não simplesmente “alexitimia”, uma vez que a primeira expressão amplia a noção estática, dando destaque à ideia de processo, ficando por isso mais próximo do real.

Vasco (2009a e 2009b) considera que, no funcionamento alexitímico, o processamento emocional está deteriorado e que, por isso, as funções psicológicas das emoções encontram-se limitadas e, consequentemente, a capacidade de regular a satisfação de necessidades psicológicas vitais, tais como a função orientadora para o mundo, a função de comunicação conosco próprios e com os outros, a função preventiva, e a função de sinalização e de preparação para a ação estão afetadas. Quando pensamos no funcionamento alexitímico presumimos, à partida que não se irá observar grande produtividade emocional, na medida em que existem dificuldades ao nível da identificação de emoções e ao nível da regulação da expressão emocional.

É importante saber se a alexitimia poderá ser considerada um mecanismo de defesa do ego utilizado para impedir a sobre-estimulação emocional, inibindo prematuramente a capacidade de discriminação emocional e orientando o indivíduo para as atividades externas a si. Apesar da relação entre a alexitimia e os mecanismos de defesa ter sido estudada, não foi possível chegar a consensos produtivos entre os investigadores. A alexitimia está também associada aos mecanismos de defesa de negação, denegação, repressão e formação reativa (Fukunishi, Numata & Hattori *in* Helmes, McNeill, Holden & Jackson, 2008), e às defesas imaturas de inibição, *acting-out*, retirada, regressão, passividade, agressividade passiva e comportamento de consumação (Wise et al. *in* Helmes et al. 2008). A alexitimia é, portanto um conceito distinto, mas relacionado com as operações defensivas.

Neves (2005) considera que os mecanismos de defesa do eu cumprem um papel adaptativo não negligenciável, revelando-se fundamentais para o equilíbrio psíquico. Os onze mecanismos de defesa associados à Alexitimia pelos autores anteriormente referidos podem ser enquadrados como dominantes em diferentes estruturas de personalidade, se considerarmos a posição defendida por Neves, e fundamentada na teoria psicanalítica. É importante ainda compreender que, tal como refere Neves (2004, p. 12), “o reconhecimento do papel central que certas defesas desempenham nas diferentes organizações mentais (...), não implica confundir as defesas com uma suposta estrutura subjacente”. Desta forma podemos pensar que os indivíduos com Acne, caso se venha a verificar que a Acne tem uma relação positiva com alexitimia, poderão não estar associados, apenas a uma única estrutura de personalidade.

Alguns autores consideram que um dos problemas fundamentais associados ao conceito de alexitimia está relacionado com a tendência para ver a alexitimia como um fenómeno que existe ou não existe, em vez de ser pensado como um fenómeno que apresenta diversos graus de presença. Tende-se a caracterizar os pacientes como sendo alexitímicos ou não alexitímicos, em vez de serem vistos numa dimensão de grau. Sendo a alexitimia considerada uma função da personalidade, pode-se com facilidade enquadrá-la num crescendo que, a partir de um certo ponto, se torna impeditivo de uma capacidade mínima de perceção, leitura e comunicação das próprias emoções. A alexitimia poderá então ser vista não tanto como um traço, mas como um estado que varia na própria personalidade e entre personalidades, podendo dizer-se que indivíduos com níveis elevados de alexitimia poderão ser propensos à somatização (Taylor & Bagby, 2013).

Silva e Vasco (2010) acentuaram o facto de, apesar da grande amplitude das perturbações indicadores de alexitimia (perturbações alimentares, abuso de dependências e substâncias, perturbações de ansiedade e depressão e perturbação de stresse pós-traumático e, naturalmente, perturbações psicossomáticas), não ser claro se a alexitimia é condição para o desenvolvimento da perturbação (como causa) ou se se desenvolve como consequência da perturbação.

Kojima (2012) verificou que se continua sem conseguir estabelecer uma evidência epidemiológica que aponte no sentido da alexitimia funcionar como um fator, com valor prognóstico de risco para problemas de saúde. Contudo, foi-lhe possível recolher evidências de que a alexitimia é uma característica que dificulta o controlo da doença e a promoção da saúde de uma forma geral. Destaca ainda que indivíduos alexitímicos têm uma capacidade reduzida para lidar com situações de stresse.

Uma outra característica dos indivíduos alexitímicos referida por Kojima (2012), e nem sempre mencionada na literatura sobre o assunto, mas que se considera de grande importância, é o facto de ser difícil para estes indivíduos construir e manter relações próximas com os outros, e não utilizarem o suporte social adequadamente de forma a protegerem-se de influências patogénicas e de acontecimentos stressantes. Este facto pode ser interessante, na medida em que a falta de suporte social poderá estar relacionada, ela própria, com a Acne ou o seu agravamento.





## **Capítulo 3**

### **Metodologia**

#### **3.1 Introdução**

O presente capítulo contém a descrição dos procedimentos práticos que foram seguidos nas diferentes fases desta investigação. Assim, procurou-se caracterizar os três estudos efetuados, justificando a sua escolha, e descrever os vários instrumentos de medida usados na avaliação dos aspetos psicológicos da Acne.

Os instrumentos de medida foram aplicados de acordo com o preconizado na revisão de literatura no que concerne às dimensões dos aspetos psicológicos da Acne.

#### **3.2 Descrição da metodologia**

Na revisão de literatura foram abordados os aspetos psicológicos acerca da pele, dando relevância às relações da pele com o psiquismo. Em seguida, a Acne foi analisada nas vertentes física e psicológica; procurou-se enquadrar a Acne na saúde pública e reflectir sobre esta doença na perspetiva epidemiológica. Analisou-se depois a representação social da Acne, dando destaque às crenças associadas à doença. Posteriormente foi referido o impacto da Acne na qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares e a forma como a doença está ligada à depressão, à ansiedade e ao stresse; apuraram-se as formas mais comuns de o paciente lidar com as consequências psicológicas da Acne e foi abordado de que forma a alexitimia pode estar presente nos pacientes acneicos.

Nesta investigação, realizaram-se três estudos para apurar de que forma os aspetos psicológicos da Acne, apresentados na revisão de literatura, estão presentes em Portugal. Para o efeito foram usadas três amostras distintas - contudo, não representativas da população portuguesa - às quais foram aplicadas vários instrumentos de medida:

- O estudo I consistiu no desenho de um instrumento que permitisse recolher informação sobre as crenças, os comportamentos e o modo como os indivíduos procuram, encaram e aderem ao tratamento da Acne: o *Inventário de crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne*, ICA. A amostra consistiu em 45 pacientes com Acne ou que tiveram Acne, e em 30 profissionais de saúde.
- O estudo II procurou identificar as características e o impacto psicológico associado à vivência subjetiva de ter Acne, por parte de uma amostra composta por 367 indivíduos com e sem Acne.
- O estudo III pretendeu identificar as mesmas características e o seu impacto psicológico abordado no estudo anterior, mas agora com uma nova amostra de 1.666 indivíduos, e adicionando à estruturação da amostra um novo subgrupo: o dos indivíduos que tiveram Acne.

Tanto para o estudo II como para o estudo III foram escolhidos vários instrumentos que pretendiam fazer o levantamento dos dados fundamentais para a investigação em causa. Em ambos os estudos foi apresentado aos respondentes um conjunto de questões que permitiram fazer o levantamento de características sociodemográficas: idade, género, escolaridade, estado civil, estado civil dos pais, agregado familiar e concelho de residência. Estes dados foram ainda complementados com a informação auto-reportada e solicitada na aplicação do ICA.

Os questionários apresentados aos respondentes constam do apêndice A.

### 3.3 Caracterização dos instrumentos

A escolha dos instrumentos a usar neste estudo resultou de uma análise sistemática destes mesmos instrumentos, em busca de instrumentos que contemplassem os objetivos desta investigação e tivessem o menor tempo de resposta possível. Com base nestes critérios, bem como na necessidade de que tivessem uma versão traduzida, adaptada e aferida para a população portuguesa, ficaram definidos os instrumentos a integrar o protocolo a aplicar nos estudos II e III.

Independentemente da ordem de aplicação no protocolo apresentado aos respondentes, segue-se uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados, detalhando os principais motivos que conduziram à sua escolha (ou construção), de modo a ir ao encontro dos objetivos da presente investigação.

#### 3.3.1. Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (IQV-D)

O *Dermatology Life Quality Index*, DLQI, consiste, desde a sua versão original, em dez itens aplicáveis a indivíduos a partir dos 16 anos. Os seus autores, Finlay e Kahn (1994), tinham como propósito que o questionário fosse apelativo - coubesse numa página A4, se impresso - autoexplicativo e simples de responder, sendo o tempo médio de resposta entre um a dois minutos. Os seus itens envolvem a avaliação da experiência do impacto da doença dermatológica em estudo em várias vertentes e situações da vida quotidiana, reportadas à semana anterior à data da aplicação.

Para cada um dos dez itens são disponibilizadas quatro alternativas de resposta: *Nada, Um pouco, Bastante e Muito*, pontuadas respetivamente com 0, 1, 2 e 3 pontos. Em oito do total dos dez itens existe também a opção de resposta *Não aplicável*, a qual deve também ser pontuada com 0. O resultado total é obtido pelo somatório das pontuações atribuídas a cada item. Assim, o resultado pode variar entre 0 e 30 pontos.

Hongbo et al. (2005) propuseram uma escala de interpretação, que foi adotada nesta investigação:

- Entre 0 e 1, nenhum impacto na vida do indivíduo;
- Entre 2 e 5, pequeno impacto na vida do indivíduo;
- Entre 6 e 10, impacto moderado na vida do indivíduo;

- Entre 11 e 20, grande impacto na vida do paciente;
- Entre 21 e 30 muito grande impacto na vida do indivíduo.

Além do resultado total, estes autores defendem também a possibilidade de analisar seis resultados parciais, o que foi também efetuado por nós. Estes resultados parciais correspondem a agrupamentos dos itens em função do seu conteúdo ou validade facial:

- Sintomas e sentimentos, IQV-D-SS, que inclui os itens 1 e 2;
- Atividades quotidianas, IQV-D-AQ, que inclui os itens 3 e 4;
- Lazer ou atividades de lazer, IQV-D-AL, que inclui os itens 5 e 6;
- Atividades de trabalho ou escolares, IQV-D-ATE, que corresponde ao item 7;
- Relações pessoais, IQV-D-RP, que inclui os itens 8 e 9;
- Tratamento, IQV-D-T, que corresponde ao item 10.

À semelhança do resultado total, também os resultados parciais consistem na soma direta das pontuações dos respetivos itens.

Este inventário foi escolhido por existir uma versão traduzida e adaptada para português. A versão portuguesa foi realizada pelo Centro de Investigação de Psicologia da Universidade de Lisboa (CIPUL) entre 2004 e 2011. O IQV-D é um questionário de autopreenchimento e de rápida aplicação, tal como o pretendido para integrar o nosso protocolo. Os seus itens constam do quadro 3.1.

**Quadro 3.1: Índice de qualidade de vida dermatológica**

IQV-D-SS	1. Na última semana sentiu a pele irritada e mais sensível, comichão ou sensação de picadas? 2. Na última semana sentiu-se embaraçado(a) ou incomodado(a) por causa do estado da sua pele?
IQV-D-AQ	3. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal (fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.)? 4. Na última semana a escolha da roupa que usou teve que ver com o estado da sua pele?
IQV-D-AL	5. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele afetou o convívio com outras pessoas? 6. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar desporto?
IQV-D-ATE	7. Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de trabalhar ou estudar? a) Se a sua resposta foi não, até que ponto a sua pele foi problema no trabalho ou na escola?
IQV-D-RP	8. Na última semana, o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com colegas de trabalho, o/a seu/sua companheiro(a), alguns amigos próximos ou familiares? 9. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele afetou a sua vida sexual?
IQV-D-T	10. Na última semana, até que ponto os tratamentos para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo, de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?

### 3.3.2 Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS-21)

A EADS-21 é o instrumento que resultou da adaptação e validação para a população portuguesa realizada por Ribeiro e Rodrigues (2004) do *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)* de Lovibond e Lovibond (1995). A EADS-21 organiza-se em três escalas distintas: Depressão, Ansiedade e Stresse, cada uma das quais composta por sete itens, que remetem para o estado emocional respetivo.

Os referidos autores desenvolveram uma escala que propunha cobrir a totalidade dos sintomas de depressão e de ansiedade, que satisfizesse padrões elevados de critérios psicométricos e que fornecesse uma discriminação máxima entre estes dois constructos iniciais: depressão e ansiedade. Ao procederem ao estudo fatorial desta escala, esta apresentou um novo fator que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões. Estes itens remetiam para a dificuldade em relaxar, para a tensão nervosa, para a irritabilidade e para a

agitação. Esse novo fator foi denominado pelos autores de “stresse” e permite incluir itens que remetem para sintomas relativamente não específicos, frequentemente experienciados tanto por indivíduos deprimidos, como pelos ansiosos.

Segundo os seus autores, as escalas foram inicialmente desenvolvidas definindo os fatores em termos de consenso clínico, e posteriormente foram refinadas em termos empíricos, nomeadamente com recurso a técnicas de análise fatorial. Foram caracterizadas pelos autores do seguinte modo:

- Depressão - dimensão que se caracteriza, principalmente, pela perda de autoestima e de motivação. Está associada à perceção de uma baixa capacidade para alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo. A escala “Depressão” inclui vários conceitos, que tendem a estar presentes neste estado afetivo: disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia.
- Ansiedade - dimensão que remete para a relação entre os estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo. A escala “ansiedade” inclui vários conceitos, nomeadamente: excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade.
- Stresse - dimensão que remete para os estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. A escala de stresse inclui conceitos como dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado, irritável/reação exagerada e impaciência.

As três escalas perfazem um total de 21 itens (quadro 3.2).

**Quadro 3.2: Escalas de ansiedade, depressão e stresse de 21 itens**

1. Na última semana, tive dificuldades em me acalmar.
2. Na última semana, senti a minha boca seca.
3. Na última semana, não consegui sentir nenhum sentimento positivo.
4. Na última semana, senti dificuldades em respirar.
5. Na última semana, senti dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.
6. Na última semana, tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.
7. Na última semana, senti tremores (por exemplo, nas mãos).
8. Na última semana, senti que estava a utilizar muita energia nervosa.
9. Na última semana, preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.
10. Na última semana, senti que não tinha nada a esperar do futuro.
11. Na última semana, dei por mim a ficar agitado(a).
12. Na última semana, senti dificuldade em relaxar.
13. Na última semana, senti-me desanimado(a) e melancólico(a).
14. Na última semana, estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.
15. Na última semana, senti-me quase a entrar em pânico.
16. Na última semana, não fui capaz de ter entusiasmo por nada.
17. Na última semana, senti que não tinha muito valor como pessoa.
18. Na última semana, senti que por vezes estava sensível.
19. Na última semana, senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.
20. Na última semana, senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso.
21. Na última semana, senti que a vida não tinha sentido.

Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Os indivíduos avaliam a extensão em que perceberam ter experimentado cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de frequência tipo Likert: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. As respostas a cada afirmação variam entre um mínimo de 0 e

um máximo de 3 (Ribeiro & Rodrigues, 2004). A cotação de cada escala resulta da soma dos resultados dos sete itens, obtendo-se assim três notas - uma para cada escala - em que o mínimo é zero e o máximo é 21. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

Este instrumento assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, é construído com base no pressuposto que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse, experimentadas pelos indivíduos normais e pelos indivíduos com perturbações, são essencialmente diferenças de grau (Ribeiro & Rodrigues, 2004). De acordo com este pressuposto, os autores identificaram intervalos que permitem interpretar os valores obtidos e dar-lhes um sentido clínico. Os intervalos estão patentes na tabela 3.1.

**Tabela 3.1: Escala de valores para a interpretação da EADS**

	Depressão	Ansiedade	Stresse
Normal (não patológico)	0-4	0-3	0-7
Ligeiro	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-12
Grave	11-13	8-9	13-16
Muito Grave	14+	10+	17+

Fonte: Lovibond e Lovibond, 1995.

A versão de 21 itens descrita e utilizada nesta investigação propõe-se medir os mesmos construtos contidos na versão original de 42 itens. Multiplicando o somatório obtido por dois, torna-se possível converter um qualquer resultado do EADS-21 no seu equivalente da versão da escala completa de 42 itens. Em termos gerais, Ribeiro e Rodrigues (2004) consideram que este instrumento, na versão portuguesa, apresenta propriedades psicométricas semelhantes às da versão original, quer na sua dimensão de 42 itens, quer na de 21 itens utilizada nesta investigação. Optou-se pela versão de 21 itens, em detrimento da versão de 42 itens, por esta ser mais rápida e simples em termos de aplicação, preenchimento e cotação. Assim, pode considerar-se que as três subescalas satisfazem elevados parâmetros psicométricos de consistência interna. Para o EADS 21, os valores *alfa de Cronbach* referidos por Ribeiro e



Rodrigues (2004) foram de 0,85 para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stresse.

A opção pela inclusão deste instrumento no protocolo decorre do facto de este, além de estar devidamente adaptado e validado para a população portuguesa, conseguir ser um instrumento simples (em particular na sua versão de 21 itens), com o qual se consegue diferenciar não só dois estados afetivos basilares - a depressão e a ansiedade - mas também um terceiro - na charneira entre ambos - o stresse. Este é aqui particularmente relevante, já que o stresse é um estado afetivo comumente associado ao desencadeamento e agravamento da Acne.

### 3.3.3 *BriefCOPE* (BC)

Carver, Scheier e Weintraub (1989) desenvolveram um inventário original de estilos e estratégias de *coping* denominado COPE. Nesta investigação foi utilizada a adaptação portuguesa formulada por Ribeiro e Rodrigues (2004), com base no COPE reduzido de Carver (1997). Para desenvolverem este inventário Carver et al. (1989) apoiaram-se no modelo teórico de *coping* de Lazarus e Folkman e no modelo teórico de autorregulação comportamental. Carver et al. *in* Ribeiro e Rodrigues (2004) consideram que há modos estáveis - traços - ou estilos de *coping* preferidos, que as pessoas ativam nas mais variadas situações stressantes que enfrentam ao longo da sua vida. Segundo os autores, estes estilos de *coping* mantêm-se relativamente fixos ao longo do tempo e das circunstâncias para cada pessoa.

Na tradução e adaptação da escala COPE, Ribeiro e Rodrigues (2004) optaram por manter o termo “*coping*” utilizado no original, e fizeram-no assumindo a construção de um neologismo.

Carver et al. *in* Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) consideram que é útil identificar estilos de *coping* porque as pessoas tendem a utilizar o mesmo conjunto de mecanismos para fazer face aos problemas e ao *stress*. Se este conjunto de mecanismos for demasiado rígido e cristalizado ele poderá, efetivamente, funcionar como um obstáculo e não ser eficaz. Contudo, nas situações de saúde mental tal não parece acontecer. As 14 subescalas do COPE permitem uma análise subtil do *coping* focado no problema, sem contudo tornarem o questionário demasiado longo ou “pesado” (são compostas por um total de 28 itens). A escolha deste instrumento para integrar o protocolo nos estudos II e III deveu-se precisamente às seguintes características do COPE:

- Traduzido e adaptado para a população portuguesa;
- Instrumento de autoaplicação;

- Preenchimento rápido e intuitivo;
- Resultados num perfil subtil e rico.

Os 28 itens, 2 por subescala, são redigidos em termos da ação que a pessoa implementa e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas:

1. Não tenho andado a fazer isto de modo algum;
2. Tenho andado um pouco a fazer isto;
3. Tenho andado a fazer isto de forma moderada;
4. Tenho andado a fazer muito isto.

O resultado final é apresentado como um perfil composto pelas 14 subescalas. Não há uma nota total. Como se pode observar no quadro 3.3, as 14 dimensões do COPE abrangem um leque muito variado de tipologias, o que torna o instrumento particularmente sensível, subtil e rico.

Na sua aplicação, o questionário foi antecedido pela seguinte introdução: “As afirmações seguintes referem-se à forma como tem lidado com o stresse da sua vida desde que tem Acne. Pretendemos saber em que medida tem andado a fazer o que diz cada item, quando e com que frequência. Não responda com base no facto de parecer estar a resultar ou não - apenas se está ou não a fazê-lo. Tente considerar cada pergunta *per si*, isolando-a no seu espírito de todas as outras. Faça com que as respostas sejam para si tão verdadeiras quanto possível.”

Quadro 3.3: As subescalas do COPE

Subescala	Definição/ itens
1. Coping ativo	<p>Iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor.</p> <p><b>Item 2:</b> Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.</p> <p><b>Item 7:</b> Tenho andado a fazer esforços para tentar melhorar a situação.</p>
2. Planear	<p>Pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos.</p> <p><b>Item 14:</b> Tenho andado a tentar elaborar uma estratégia acerca do que fazer.</p> <p><b>Item 25:</b> Tenho estado a pensar seriamente nos passos a dar.</p>
3. Utilizar suporte instrumental	<p>Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer.</p> <p><b>Item 10:</b> Tenho recebido ajuda e aconselhamento de outras pessoas.</p> <p><b>Item 23:</b> Tenho tentado obter conselhos e ajuda dos outros acerca do que fazer.</p>
4. Utilizar suporte social emocional	<p>Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.</p> <p><b>Item 5:</b> Tenho recebido apoio emocional de outros.</p> <p><b>Item 15:</b> Tenho tido o consolo e a compreensão de alguém.</p>
5. Religião	<p>Aumento de participação em atividades religiosas.</p> <p><b>Item 22:</b> Tenho tentado encontrar conforto na minha religião ou noutras crenças.</p> <p><b>Item 27:</b> Tenho andado a rezar e a meditar.</p>
6. Reinterpretação positiva	<p>Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável.</p> <p><b>Item 12:</b> Tenho andado a tentar ver as coisas de uma perspetiva diferente, para as fazer parecer mais positivas.</p> <p><b>Item 17:</b> Tenho andado a procurar algo de bom no que está a acontecer.</p>
7. Autoculpabilização	<p>Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.</p> <p><b>Item 13:</b> Tenho andado a criticar-me a mim próprio(a).</p> <p><b>Item 26:</b> Tenho andado a culpar-me por coisas que aconteceram.</p>
8. Aceitação	<p>Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real.</p> <p><b>Item 20:</b> Tenho aceitado a realidade do facto que aconteceu.</p> <p><b>Item 24:</b> Tenho estado a aprender a viver com isso.</p>

Subescala	Definição/ itens
9. Expressão de sentimentos	<p>Aumento da consciência do stresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.</p> <p><b>Item 9:</b> Tenho andado a dizer coisas para dar vazão aos meus sentimentos desagradáveis.</p> <p><b>Item 21:</b> Tenho expressado os meus sentimentos negativos.</p>
10. Negação	<p>Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante.</p> <p><b>Item 3:</b> Tenho andado a dizer a mim próprio(a) "isto não pode ser verdade".</p> <p><b>Item 8:</b> Tenho-me recusado a acreditar no que aconteceu.</p>
11. Autodistração	<p>Desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração.</p> <p><b>Item 1:</b> Tenho andado a dedicar-me ao trabalho e a outras atividades para desviar a minha atenção de outras coisas.</p> <p><b>Item 19:</b> Tenho andado a fazer coisas para pensar menos no caso, tais como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, dormir ou ir às compras.</p>
12. Desinvestimento comportamental	<p>Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir.</p> <p><b>Item 6:</b> Tenho andado a desistir de tentar lidar com a situação.</p> <p><b>Item 16:</b> Tenho andado a desistir da tentativa de enfrentar a situação.</p>
13. Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)	<p>Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor.</p> <p><b>Item 4:</b> Tenho usado álcool e outras drogas para me sentir melhor.</p> <p><b>Item 11:</b> Tenho recorrido ao álcool e a outras drogas como forma de ajuda para a situação.</p>
14. Humor	<p>Fazer piadas acerca do stressor.</p> <p><b>Item 18:</b> Tenho andado a fazer piadas acerca do assunto.</p> <p><b>Item 28:</b> Tenho andado a gozar com a situação.</p>

Fonte: Ribeiro e Rodrigues, 2004, p.10

De acordo com Schnider e Elhai (2007), as estratégias de *coping* podem agrupar-se em três dimensões, enquadradas em estratégias adaptativas e não adaptativas, ilustradas no quadro 3.4.

As pontuações para cada um dos indivíduos foram obtidas tendo em conta o agrupamento de escalas referido anteriormente. Os pontos alcançados em cada uma das escalas foram somados, e considerado que os valores mais altos correspondem a uma maior utilização dessa estratégia de *coping*, tal como fizeram Schnider e Elhai (2007).

**Quadro 3.4: Estratégias de *coping***

<b>1. Foco no problema</b>	COPE CA – <i>Coping</i> ativo	<b>Estratégias adaptativas</b>
	COPE SI – Utilizar suporte instrumental	
	COPE P – Planear	
	COPE R – Religião	
<b>2. Ativação emocional</b>	COPE A – Aceitação	
	COPE H – Humor	
	COPE RP – Reinterpretação positiva	
	COPE SE – Utilizar suporte social emocional	
	COPE ES – Expressão de sentimentos	<b>Estratégias não adaptativas</b>
<b>3. Evitamento emocional</b>	COPE AD – Auto-distração	
	COPE AC – Auto-culpabilização	
	COPE N – Negação	
	COPE US – Uso de substâncias	
	COPE DC – Desinvestimento comportamental	

Fonte: Schnider e Elhai, 2007

Como forma de agrupar e clarificar a informação, foi considerado pertinente e útil a estratificação das pontuações em concordância com a escala de Likert, nomeadamente encontrando quatro patamares de estratificação que se apresentam no quadro 3.5.

**Quadro 3.5: Estratificação das pontuações**

Não tenho andado a fazer isto de modo algum	Nunca utilizou
Tenho andado um pouco a fazer isto	Utilização Baixa
Tenho andado a fazer isto de forma moderada	Utilização Média
Tenho andado a fazer muito isto	Utilização Elevada

Em relação à divisão de estratégias de *coping* adaptativas e não adaptativas temos os seguintes indicadores, contidos na tabela 3.2.

**Tabela 3.2: *Coping* - Indicadores**

Pontos	Limite	Tipo de <i>coping</i>	Uso	Pontos
16	Mínimo	Adaptativo	Nunca utilizou	16
			Utilização baixa	17 a 24
64	Máximo		Utilização média	25 a 48
			Utilização elevada	49 a 64
12	Mínimo	Não Adaptativo	Nunca utilizou	12
			Utilização baixa	13 a 24
48	Máximo		Utilização média	25 a 36
			Utilização elevada	37 a 48

Por sua vez, o relacionamento entre as dimensões de *coping* preconizadas por Schnider e Elhai (2007) e os resultados está patente no quadro 3.6.

**Quadro 3.6: Dimensões de *coping***

Dimensão	Uso	Pontos
Foco no problema	Nunca utilizou	8
	Utilização Baixa	9 a 16
	Utilização Média	17 a 24
	Utilização elevada	25 a 32
Ativação emocional	Nunca utilizou	10
	Utilização Baixa	11 a 20
	Utilização Média	21 a 30
	Utilização elevada	31 a 40
Evitamento emocional	Nunca utilizou	10
	Utilização Baixa	11 a 20
	Utilização Média	21 a 30
	Utilização elevada	31 a 40

Fonte: Schnider &amp; Elhai (2007)

### 3.3.4 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

A escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) foi concebida e desenvolvida por Taylor, Bagby e Parker em 1991 “com a preocupação de que possuísse congruência teórica com o conceito de alexitimia, fosse independente do enviesamento de respostas devido a desejabilidade social e possuísse consistência interna” (Taylor, Bagby & Parker *in* Prazeres, 1996, p.50). Os valores da escala constam do quadro 3.7.

**Quadro 3.7: Escala de valores para a alexitimia**

Valores globais	Interpretação
Igual ou menor que 51	Não alexitímico
Entre 52 e 60	Possível alexitímico
Igual ou superior a 61	Alexitímico

Fonte: Taylor, Bagby & Parker *in* Prazeres, 1996

No desenho do presente estudo era fundamental que a escala utilizada fosse de autoavaliação, uma vez que o investigador não iria proceder a qualquer entrevista nem estaria em contacto direto com todos os indivíduos. Os protocolos seriam (e foram) recolhidos por autopreenchimento numa plataforma que disponibilizou o questionário sem intervenção direta do investigador. A TAS-20 oferecia as condições ideais para a integração no protocolo do nosso estudo, pela facilidade de rápido autopreenchimento (apenas 20 itens) e as características já referidas: preocupação de elevada congruência com o conceito de alexitimia, elevada consistência interna e independência de possível enviesamento por desejabilidade social. A escala original, construída em 1991, era composta por 26 itens e, de acordo com Prazeres (1996), tinha sido possível aos autores descobrir uma estrutura fatorial congruente com o conceito de alexitimia e reveladora de quatro dimensões, que se traduziam em quatro fatores principais:

- Fator 1: Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção;
- Fator 2: Dificuldade em descrever sentimentos;
- Fator 3 : Fantasia reduzida;
- Fator 4: Pensamento orientado para o exterior - preferência por centrar a atribuição de casualidade em acontecimentos externos em vez de experiências internas.

Posteriormente constatou-se que havia alguma fragilidade estatística na inclusão do fator 3, que trazia à escala uma menor congruência. Tendo isto em conta, em 1992 os autores procederam a uma revisão da escala, depurando-a dos elementos relacionados com o fator 3. A escala final e a sua versão revista ficou então com 20 itens e apenas três fatores, que passaram a registar índices bastante elevados de congruência entre si e com o conceito fundamental de alexitimia. A perda da análise do fator 3 - fantasia reduzida - é, em certa medida, compensada pela avaliação do pensamento operatório. Bagby, Taylor e Parker *in* Prazeres (1996) afirmam que: “as correlações negativas da TAS-20 com a abertura para a experiência, e particularmente com as subescalas que avaliam abertura para sentimentos e abertura para a fantasia, apoiam a predição de que a escala está relacionada com deficiências na consciência emocional e atividade imaginativa - aspeto saliente do conceito de alexitimia. De facto, os dados fornecem provas de que “a TAS-20 dá conta da faceta do conceito relativo ao reduzido processo imaginativo, apesar da ausência de itens, na escala revista, que



diretamente questionem sobre fantasia e outra atividade imaginativa” (Bagby, Parker & Taylor, 1994, p.38).

Os três fatores encontrados na versão revista da TAS (TAS-20), utilizada nesta investigação, são os seguintes:

- Fator 1 - Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção;
- Fator 2 - Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros;
- Fator 3 - Estilo de pensamento orientado para o exterior.

A versão portuguesa da TAS-20, utilizada neste estudo e trabalhada por Prazeres (1996), evidencia uma estrutura fatorial comparável à estrutura original em três fatores e tem, simultaneamente, características psicométricas (consistência interna para a escala completa e precisão teste-reteste) semelhantes ao instrumento original.

Apesar de se considerar necessária a realização de mais estudos que permitam avaliar a validade convergente e discriminativa da tradução portuguesa da escala, os resultados obtidos, segundo Prazeres (1996), suportam a sua utilização como um instrumento de rastreio da alexitimia na população portuguesa. Na TAS-20 é pedido ao indivíduo que registe o seu grau de concordância com cada um dos itens, na seguinte escala de tipo Likert de cinco pontos:

1. Discordo totalmente;
2. Discordo em parte;
3. Não concordo nem discordo;
4. Concordo em parte;
5. Concordo totalmente.

A pontuação final é calculada somando o valor atribuído a cada item, tendo em atenção que os itens 4, 5, 10, 18 e 19 têm cotação inversa.

O quadro 3.8 apresenta os itens que constam do TAS-20.

### Quadro 3.8: Escala de Alexitimia de Toronto

1. Fico muitas vezes confuso(a) sobre qual a emoção que estou a sentir.
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, assustado(a) ou zangado(a).
7. Fico muitas vezes intrigado(a) com sensações no meu corpo.
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.
10. É essencial estar em contacto com as emoções.
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.
13. Não sei o que se passa dentro de mim.
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.
18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.

### 3.3.5 Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne (ICA)

O ICA é um inventário de autopreenchimento construído especificamente no âmbito desta investigação. É ainda um instrumento que se pretende que venha a evoluir, desenvolvendo-se e aperfeiçoando-se. Teve a sua génese na análise de conteúdo de 45 entrevistas a pacientes com Acne ou que tiveram Acne e a 30 profissionais de saúde, que culminou em quarenta e sete itens de registo e avaliação enquadrados em três dimensões: *crenças*, *comportamentos* e

*tratamento*, além da caracterização do respondente. Os itens do ICA estão patentes no quadro 3.9.

**Quadro 3.9: Inventário de crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne**

ICA Cacterização
1. Em que idade surgiu a Acne? 2. Há quanto tempo tem Acne? 3. A sua Acne manifesta-se: 4. Tem marcas ou cicatrizes derivadas da Acne? 5. Tem alguma outra doença diagnosticada?
ICA Crenças
6. Há uma predisposição hereditária para a Acne. 7. A Acne deve-se a alterações das hormonas. 8. A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele. 9. A Acne deve-se à ingestão de chocolates. 10. A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos. 11. Espremer as borbulhas agrava a Acne. 12. Apanhar sol melhora a Acne. 13. A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo. 14. A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais. 15. A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores. 16. Ter Acne altera o bem-estar. 17. Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada. 18. A Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem. 19. As estratégias utilizadas para lidar com a acne mudam com a idade. 20. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino. 21. A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

ICA Comportamentos
<p>22. Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível.</p> <p>23. Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível.</p> <p>24. Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível.</p> <p>25. Uso barba para tapar a Acne o mais possível.</p> <p>26. Evito pensar na Acne.</p> <p>27. Tento abstrair-me da Acne.</p> <p>28. Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos.</p> <p>29. Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne.</p> <p>30. Evito sair de casa quando estou com Acne.</p> <p>31. Evito sair à noite quando estou com Acne.</p> <p>32. Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne.</p> <p>33. Procuro ajuda médica para a Acne.</p> <p>34. Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne.</p> <p>35. Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne.</p> <p>36. Procurou informação sobre a Acne?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Se a sua resposta foi sim, onde procurou essa informação? (pode assinalar mais que uma opção)</p> <p>37. Conversou sobre a Acne ou pediu ajuda a alguém?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Se a sua resposta foi sim, a quem? (pode assinalar mais que uma opção)</p>
ICA Tratamento
<p>38. Recorreu a alguém especializado para o tratamento da Acne?</p> <p>38a) A quem? (pode assinalar mais que uma opção)</p> <p>39. Qual o tempo que demorou entre o aparecimento da Acne e a procura de tratamento?</p> <p>40. A marcação da primeira consulta foi efetuada:</p> <p>41. À primeira consulta foi acompanhado(a)?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Se a sua resposta foi sim, por quem (pode assinalar mais que uma opção)?</p> <p>42. Às consultas seguintes foi acompanhado(a)?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Se a sua resposta foi sim, por quem? (pode assinalar mais que uma opção)</p> <p>43. Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi(foram) indicado(s) para a Acne.</p> <p>44. No presente encontra-se em tratamento?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Há quanto tempo está em tratamento? ou b) Quanto tempo durou o processo de tratamento?</p> <p>45. Considera que o tratamento está a ser eficaz? Ou considera que o tratamento foi eficaz?</p> <p>46. Considera-se tratado(a):</p> <p>47. Quanto tempo teve Acne?</p>

As perguntas do ICA foram redigidas com os tempos verbais no presente e no passado, consoante foram aplicados a indivíduos que têm Acne ou que tiveram Acne. Este inventário é constituído por um conjunto de itens que exigem respostas obrigatórias, com base nos quais foram criadas variáveis dos seguintes tipos:

- Nominais, de resposta sim/não;
- Nominais, de resposta múltipla;
- Ordinais - Escala de Likert.

Este inventário foi validado, na dimensão das crenças, por 95 médicos com a especialidade de dermatologia, os quais constituíram o painel de peritos na validação dos itens. O objetivo foi o de aferir um padrão medicamente sustentável para as respostas às questões subjacentes às crenças. Este passo vai ao encontro do preconizado por Sarmento (2008) quando defende que o teste de coerência da informação deverá ser efetuado por especialistas no domínio técnico-científico em investigação.

O ICA sofreu algumas ligeiras alterações à medida que os estudos foram sendo efetuados, quer na definição do grupos dos respondentes, quer nas questões colocadas, quer ainda no próprio desenho do instrumento.

### **3.3.6 Escala de Graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia**

Foram desenvolvidos vários sistemas para a classificação da Acne Vulgar, mas não existe um sistema que seja aceite por unanimidade. Para tentar encontrar uma solução para este problema, a Academia Americana de Dermatologia (AAD) organizou uma conferência sobre a classificação da Acne em Washington, D.C., a 24 e 25 Março de 1990 (Pochi et al., 1991).

A Escala de Graduação da Acne da AAD permite a classificação de gravidade da Acne e foi desenvolvida como uma ferramenta para auxiliar essa mesma classificação. O número e tipo de lesões, a extensão e a gravidade do quadro permitem classificar a Acne em: Acne Leve, Acne Moderada e Acne Grave.

No nosso estudo utilizámos esta classificação, mas procedemos a algumas alterações de forma a torná-la compatível com as nossas necessidades. Para os nossos objetivos, a exatidão da classificação da Acne tornou-se secundária, dado que o nosso interesse está fundamentalmente focado na forma como os indivíduos vivem e experienciam a sua Acne, e não no rigor objetivo da gravidade da mesma. Para os psicólogos, a realidade factual é menos

importante do que a forma como esta é percecionada e integrada na sua dinâmica psíquica. Para os psicanalistas, o seu objecto de trabalho é mesmo *apenas* a realidade psíquica.

Dado que nos nossos estudos são os próprios respondentes que se autoavaliam, não se justificava dar indicações do número ou morfologia das lesões como critério de inclusão numa dada categoria - até porque tal já não poderia ser realizado pelo próprio quando nos forneceu informação sobre uma Acne que teve no passado. Assim, optámos por solicitar que o respondente nos dissesse, de acordo com a sua percepção subjetiva, qual a severidade da sua Acne. O diagnóstico da presença de Acne - na atualidade ou no passado - também foi deixado ao critério subjetivo do respondente.

Foi assumido, portanto, que os indivíduos respondiam de acordo com a sua própria percepção, intrinsecamente subjectiva, da presença, ou não da Acne e do seu grau de gravidade.

## Capítulo 4

### Estudo I - O desenvolvimento de um Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne

#### 4.1 Introdução

O Estudo I consiste na elaboração do *Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne* (ICA). Para além de apresentar o desenvolvimento do instrumento, expõe também a sua aplicação, na parte das crenças, a uma amostra de dermatologistas, com o objetivo de definir o padrão de respostas consideradas sustentadas no conhecimento da ciência médica.

Para o estudo do relacionamento da Acne com a vida psíquica, assim como o seu impacto nos comportamentos e atitudes adotadas, seria útil utilizar um instrumento específico que pudesse auxiliar na recolha de informação pertinente. Após pesquisa bibliográfica, constatou-se que não existia nenhum instrumento suficientemente adequado para os objetivos desta investigação, justificando-se, portanto, a sua construção.

Em Portugal os estudos sobre a Acne - tanto quanto conseguimos apurar na revisão de literatura - são escassos e inserem-se predominantemente na vertente médica e não psicológica. Apesar de os estudos estrangeiros se basearem em amostras locais - que nem sempre espelham de forma adequada a base cultural e o sistema de valores português - constituíram-se como referência para a criação deste instrumento. Foi tido como conveniente que o instrumento obedecesse às seguintes premissas:

- Ser de preenchimento rápido pelo próprio;
- Recolher a informação pertinente e esclarecedora sobre as variáveis principais;
- Permitir um aumento substancial da informação disponível para a análise exploratória do tema.

Na conceção do instrumento esteve presente o risco de introduzir itens que mais tarde não fossem devidamente aproveitados. Mas esse risco foi inevitável, sob pena de posteriormente haver informação em falta e não haver já condições para a recolher. Por esse motivo, este estudo produziu diversos resultados que não chegaram a ser, neste âmbito, trabalhados.

## 4.2 Metodologia aplicada na construção do ICA

A dimensão e as características do projeto conduziram à adoção de uma progressão do desenvolvimento do instrumento ICA, em várias fases.

- A primeira fase, exploratória, consistiu na observação da interação médico-doente em contexto hospitalar, em consultas externas da especialidade de dermatologia, com doentes com diversas queixas e sintomatologia dermatológica, nomeadamente a Acne. Esta fase permitiu a familiarização com a realidade concreta do doente acneico e a recolha de informação que serviria de base para a elaboração do guião das entrevistas a realizar na fase seguinte. Este processo decorreu ao longo de seis meses, materializando-se na observação de consultas de dermatologia em contexto hospitalar, que constituíram um primeiro contacto e uma abordagem exploratória ao tema. Este trabalho de observação directa, a par da revisão de literatura, foram os pilares do processo de construção dos dois guiões das entrevistas semiestruturadas: um guião para os indivíduos com Acne ou que tiveram Acne e um segundo elaborado, tendo em vista a recolha de informação junto de profissionais de saúde.
- Na segunda fase foram realizadas 75 entrevistas semiestruturadas presenciais: 45 a indivíduos acneicos - ou com história de Acne - e 30 a profissionais de saúde, na sua maioria médicos com a especialidade de dermatologia, mas foram também incluídos médicos com a especialidade de medicina geral e familiar, médicos com a especialidade de psiquiatria, psicólogos, psicoterapeutas e psicanalistas, de modo a ter acesso às várias dimensões desta problemática. Em cada entrevista foi concedida total liberdade aos entrevistados para se pronunciarem sobre o tema em estudo, variando a duração destas entre os 30 e os 180 minutos. Em média tiveram



a duração de cerca de 60 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas - após assinado o consentimento informado prévio por todos os entrevistados - e posteriormente transcritas na íntegra e sujeitas à análise de conteúdo. Estas entrevistas foram efetuadas presencialmente no Hospital dos Capuchos e no Hospital Curry Cabral, ambos do Centro Hospitalar de Lisboa Oriental, no Hospital Militar de Lisboa e em consultórios particulares, na região da Grande Lisboa, seguindo os guiões elaborados para esse fim, que constam do apêndice B (assim como o documento de consentimento informado e o questionário sócio-demográfico). O guião da entrevista a pacientes que têm ou tiveram Acne incidiu em três eixos:

- As causas que os indivíduos atribuem à Acne - o significado;
- As consequências de terem ou terem tido acne - o impacto;
- As estratégias que adotaram para lidar com a Acne - as estratégias de confronto.

Por sua vez, o guião da entrevista a profissionais de saúde baseou-se em três vetores:

- As causas que os indivíduos atribuem à Acne;
- As consequências de terem ou terem tido Acne;
- As estratégias que adotaram para lidar com a Acne.

- Na terceira fase foi elaborado, com base na análise de conteúdo das entrevistas realizadas na segunda fase, a primeira versão do ICA. Foram identificados, primariamente, *temas gerais*, como as causas ou as consequências, e *categorias*, como o comportamento ou os estilos de vida, detalhadas em *subcategorias*, tais como as hormonais ou o tipo de pele. Esta categorização foi sendo trabalhada até à estabilização, primeiro de fatores e depois dos itens que compuseram a primeira versão do ICA, posteriormente aplicada no estudo II. Estas ações vão ao encontro do preconizado por Campos (2004), que defende que as unidades temáticas são reanalisadas, agrupadas ou separadas em categorias não apriorísticas, isto é, que emergiram do contexto das respostas dos indivíduos. Na categorização o investigador segue o seu próprio caminho, baseado nos seus conhecimentos teóricos, orientado pela sua competência, sensibilidade, experiência e intuição (Campos, 2004).

- Na quarta fase procurou-se determinar, do ponto de vista médico, o padrão das crenças. Para tal aplicaram-se as questões do ICA relacionadas com crenças sobre a Acne a uma amostra de 95 médicos dermatologistas. Desta forma aferiu-se o realismo das crenças através da sua sustentação no conhecimento da ciência médica, obtendo-se uma validação dos itens por peritos.
- Na quinta fase o instrumento ICA (versão 1.0) foi aplicado a uma amostra de indivíduos com Acne e sem Acne - estudo II.
- Na sexta fase o ICA foi revisto, reestruturado e melhorado à luz das dificuldades observadas e dos comentários críticos elaborados pelos indivíduos na aplicação do ICA na fase anterior. Foram introduzidas novas questões e alterada a ordem de apresentação dos itens.
- Na sétima fase, o ICA reformulado (versão 2.0) foi aplicado no estudo III e constatou-se o seu potencial enquanto ferramenta que permite recolher informação pertinente para o tema em análise.

Desde o início que a abordagem deste estudo assentou em dois eixos fundamentais: a perspetiva dos indivíduos que padecem ou padeceram de Acne e a dos profissionais de saúde devidamente habilitados ao tratamento da Acne.

### 4.3 O ICA

O ICA é constituído por um conjunto de itens de resposta obrigatória, com base nos quais foram criadas variáveis:

- Nominais, de resposta sim/não;
- Nominais, de resposta múltipla - para estas variáveis, as hipóteses de resposta que sejam omissas no quadro 4.1 encontram-se detalhadas no texto seguinte;
- Ordinais, Escala de Likert.

O ICA organiza-se nos seguintes quatro grandes grupos de questões:

1. ICA caracterização - introduz questões genéricas de caracterização da amostra em relação à Acne.
2. ICA crenças - aborda crenças que os participantes têm sobre a Acne.

3. ICA comportamentos - debruça-se sobre os comportamentos adotados pelos indivíduos acneicos.
4. ICA tratamento - aplicado aos indivíduos que procuraram ajuda médica para o tratamento da Acne. Pretende caracterizar as atitudes perante esse tratamento.

O quadro 4.1 apresenta os itens presentes em cada um dos grupos, indicando para cada item o(s) estudo(s) em que foi utilizado.

Quadro 4.1: ICA - Itens aplicados nos diferentes estudos e amostras

	Estudo II	Estudo III			Validação por peritos
		Sem Acne	Tem Acne	Teve Acne	
<b>ICA Caraterização</b>					
1. Em que idade surgiu a Acne?			X	X	
2. Há quanto tempo tem Acne?			X	X	
3. A sua Acne manifesta-se:			X	X	
4. Tem marcas ou cicatrizes derivadas da Acne?			X	X	
5. Tem alguma outra doença diagnosticada?			X	X	
<b>ICA Crenças</b>					
6. Há uma predisposição hereditária para a Acne.	X	X	X	X	X
7. A Acne deve-se a alterações das hormonas.	X	X	X	X	X
8. A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele.	X	X	X	X	X
9. A Acne deve-se à ingestão de chocolates.	X	X	X	X	X
10. A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	X	X	X	X	X
11. Espremer as borbulhas agrava a Acne.	X	X	X	X	X
12. Apanhar sol melhora a Acne.	X	X	X	X	X
13. A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo.	X	X	X	X	X
14. A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	X	X	X	X	X
15. A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores.	X	X	X	X	X
16. Ter Acne altera o bem-estar.	X	X	X	X	X
17. Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	X	X	X	X	X
18. A Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem.	X	X	X	X	X
19. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade.	X	X	X	X	X
20. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino.	X	X	X	X	X
21. A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	X	X	X	X	X

	Estudo II	Estudo III			Validação por peritos
		Sem Acne	Tem Acne	Teve Acne	
ICA Comportamentos					
22. Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível.	X		X	X	
23. Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível.	X		X	X	
24. Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível.	X		X	X	
25. Uso barba para tapar a Acne o mais possível.	X		X	X	
26. Evito pensar na Acne.	X		X	X	
27. Tento abstrair-me da Acne.	X		X	X	
28. Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos.	X		X	X	
29. Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne.	X		X	X	
30. Evito sair de casa quando estou com Acne.	X		X	X	
31. Evito sair à noite quando estou com Acne.	X		X	X	
32. Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne.	X		X	X	
33. Procuro ajuda médica para a Acne.	X		X	X	
34. Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne.	X		X	X	
35. Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne.	X		X	X	
36. Procurou informação sobre a Acne?	X		X	X	
36a) Se a sua resposta foi sim, onde procurou essa informação? (pode assinalar mais que uma opção)	X		X	X	
37. Conversou sobre a Acne ou pediu ajuda a alguém?	X		X	X	
37a) Se a sua resposta foi sim, a quem? (pode assinalar mais que uma opção)	X		X	X	

	Estudo II	Estudo III			Validação por peritos
		Sem Acne	Tem Acne	Teve Acne	
ICA Tratamento					
38. Recorreu a alguém especializado para o tratamento da Acne?	X		X	X	
38a) A quem? (pode assinalar mais que uma opção)	X		X	X	
39. Qual o tempo que demorou entre o aparecimento da Acne e a procura de tratamento?	X		X	X	
40. A marcação da primeira consulta foi efetuada:	X		X	X	
41. À primeira consulta foi acompanhado(a)?	X		X	X	
41a) Se a sua resposta foi sim, por quem (pode assinalar mais que uma opção)?	X		X	X	
42. Às consultas seguintes foi acompanhado(a)?	X		X	X	
42a) Se a sua resposta foi sim, por quem? (pode assinalar mais que uma opção)	X		X	X	
43. Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi(foram) indicado(s) para a Acne.	X		X	X	
44. No presente encontra-se em tratamento?			X	X	
44a) Há quanto tempo está em tratamento? ou b) Quanto tempo durou o processo de tratamento?			X	X	
45. Considera que o tratamento está a ser eficaz? ou Considera que o tratamento foi eficaz?			X	X	
46. Considera-se tratado(a):				X	
47. Quanto tempo teve Acne?				X	

Relativamente aos itens constantes no quadro 4.1, salienta-se que:

1. As questões da caracterização - itens 1 a 5 - foram aplicadas apenas no estudo III, aos grupos que têm Acne e que tiveram Acne.

A questão 2 tem como hipóteses de resposta: *menos de 6 meses, entre 6 meses e 1 ano, entre 1 e 2 anos, entre 2 e 5 anos, mais de 5 anos.*

Na questão 3, as hipóteses de resposta são *de modo episódico, de modo contínuo, de modo contínuo com surtos de agravamento, outro (especifique).*

As questões 4 e 5 têm como opção de resposta *sim/não*.

2. A secção das crenças é formada por 16 questões - itens 6 a 21 - que foram aplicadas a todos os indivíduos dos estudos II e III. Foi solicitado aos indivíduos que respondessem numa escala de Likert de 4 pontos: *Discordo*, *Discordo mais do que concordo*, *Concordo mais do que discordo*, *Concordo*. Foi sobre estes itens que iniciou a validação realizada por dermatologistas, enquanto peritos.
3. A secção que contém os comportamentos é composta por 18 questões (itens 22 a 37a), que foram respondidas pelos indivíduos com Acne no estudo II, e pelos que indicaram que têm ou tiveram Acne no estudo III. As perguntas foram redigidas com os tempos verbais no presente ou no passado, consoante foram aplicadas a indivíduos com Acne presente ou passada. Nas respostas utilizou-se a escala de Likert já referida: *Discordo*, *Discordo mais do que concordo*, *Concordo mais do que discordo*, *Concordo*.

À questão 25, no estudo III, foi acrescentada a hipótese de resposta *não aplicável*, destinada a ser utilizada pelas respondentes do sexo feminino.

Com os itens 36 a 37a), analisaram-se também aspetos relacionados com a procura de informação. Para os itens 36 e 37 a possibilidade de resposta é *sim/ não*. No item 36a) as hipóteses de resposta são: *Na internet, em revistas ou livros, junto de amigos, junto dos pais ou outros familiares, junto do médico, junto de esteticista, outro (especifique)*. Se a resposta do item 37 tiver sido positiva, o indivíduo é orientado para responder à pergunta 37a), tendo as seguintes hipóteses de escolha: *À mãe; Ao pai; Aos pais; A um familiar; A (um) amigo(s); Ao namorado/parceiro; Ao médico; À esteticista; Outro (especifique)*.

4. Os itens referentes ao tratamento formam um conjunto de questões encadeadas de modo considerado adequado, em função das respostas dadas pelos indivíduos. Estes itens foram aplicados parcialmente no estudo III a todos os indivíduos que têm ou tiveram Acne e na totalidade aos que indicam ter procurado tratamento para a Acne, no presente ou no passado. Como se pode constatar no quadro 4.1, algumas questões não foram aplicadas no estudo II.

As perguntas foram redigidas com os tempos verbais no presente ou no passado, consoante foram aplicadas a indivíduos com acne presente ou passada.

As hipóteses de resposta dos itens 38, 41, 42, 44 e 45 foram *sim/não*.

As hipóteses de resposta do item 38a) foram: *ao dermatologista, ao médico de família, ao farmacêutico, outro (especifique)*.

As hipóteses de resposta ao item 39 foram: *demorou menos de 1 mês a procurar tratamento, demorou entre 1 a 3 meses a procurar tratamento, demorou entre 3 a 6 meses a procurar tratamento, demorou entre 6 meses a 1 ano a procurar tratamento, demorou entre 1 a 2 anos a procurar tratamento, demorou mais de 2 anos a procurar tratamento.*

As hipóteses de resposta dos itens 40, 41a e 42a foram *pela mãe, pelo pai, pelo próprio, outro (especifique).*

As hipóteses de resposta do item 43 foram *discordo, discordo mais do que concordo, concordo mais do que discordo, concordo.*

As hipóteses de resposta dos itens 44a) e 46 foram *há menos de 1 ano, há mais de um ano, outro (especifique).*

As hipóteses de resposta dos itens 44b e 47 foram *menos de 6 meses, entre 6 meses a 1 ano, entre 1 e 2 anos, entre 2 e 5 anos, mais de 5 anos.*

No estudo III, no final do questionário, foram colocadas duas questões de resposta aberta:

- *Como vê a Acne nos outros?* - Questão colocada a todos os indivíduos da amostra;
- *O que é para si ter Acne?* - Questão respondida pelos grupos com Acne e que tiveram Acne.

No final do questionário nos estudos II e III, introduziu-se um espaço para comentários adicionais, disponível para todos os respondentes, independentemente do grupo a que pertenciam.

Com o desenvolvimento dos estudos - II e III - o instrumento foi sendo alterado, aperfeiçoado e o seu desenho sofreu ligeiros ajustamentos.

### **Estabelecimento do padrão para as crenças fundamentadas no conhecimento da ciência médica**

Para aferir o padrão do que se iria considerar uma crença medicamente sustentada, as 16 questões sobre as crenças do ICA foram aplicadas a uma amostra de conveniência constituída por 95 médicos com a especialidade de dermatologia, a quem foi solicitado que se posicionassem quanto às 16 afirmações, dando a conhecer o seu grau de concordância com as mesmas. Desta forma, procurámos uma validação destes itens junto de peritos. Os resultados obtidos constam da tabela 4.1.



**Tabela 4.1: Frequências das respostas aos itens do ICA Crenças pelos dermatologistas**

	Discordo		Discordo mais do que Concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
ICA 1. Há uma predisposição hereditária para a Acne.	3	3,16%	10	10,53%	30	31,58%	52	54,73%
ICA 2. A Acne deve-se a alterações das hormonas.	6	6,32%	9	9,47%	39	41,05%	41	43,16%
ICA 3. A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele.	11	11,58%	17	17,89%	39	41,05%	28	29,47%
ICA 4. A Acne deve-se à ingestão de chocolates.	57	60,00%	33	34,74%	4	4,21%	1	1,05%
ICA 5. A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	44	46,31%	27	28,42%	22	23,16%	2	2,11%
ICA 6. Espremer as borbulhas agrava a Acne.	17	17,89%	11	11,58%	33	34,74%	34	35,79%
ICA 7. Apanhar sol melhora a Acne.	7	7,37%	27	28,42%	45	47,37%	16	16,84%
ICA 8. A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo.	29	30,52%	25	26,32%	34	35,79%	7	7,37%
ICA 9. A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	18	18,95%	26	27,37%	34	35,79%	17	17,89%
ICA 10. A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores.	0	0,00%	1	1,05%	9	9,47%	85	89,48%
ICA 11. Ter Acne altera o bem-estar.	0	0,00%	1	1,05%	12	12,63%	82	86,32%
ICA 12. Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	25	26,32%	26	27,37%	27	28,42%	17	17,89%
ICA 13. A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	36	37,90%	20	21,05%	31	32,63%	8	8,42%
ICA 14. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade.	1	1,05%	4	4,21%	33	34,74%	57	60,00%
ICA 15. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino.	7	7,37%	11	11,58%	29	30,53%	48	50,52%
ICA 16. A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	0	0,00%	2	2,11%	16	16,84%	77	81,05%

Dos resultados obtidos destaca-se:

- A concordância com as afirmações de que “a Acne é originada por um conjunto de muitos fatores”, que “ter Acne altera o bem-estar” e que “a Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado”, com respetivamente 90%, 86% e 81% de respostas concordantes. A estes resultados acrescem, respetivamente, 9%, 13% e 17% de respostas que concordam mais do que discordam.
  - Existe um conjunto de afirmações com as quais a maioria dos respondentes concorda, embora as respostas se dividam entre o “concordo mais do que discordo” e “concordo”, respetivamente:
    - “Há uma predisposição hereditária para a Acne”: 32% e 55%;
    - “A Acne deve-se a alterações das hormonas”: 41% e 43%;
    - “A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele”: 41% e 29%;
    - “Espremer as borbulhas agrava a Acne”: 35% e 36%;
    - “Apanhar sol melhora a Acne”: 47% e 17%;
    - “As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade”: 35% e 60%;
    - “As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino”: 31% e 51%.
  - Por outro lado, a maior parte dos peritos - médicos com a especialidade de dermatologia - discorda, ou discorda mais do que concorda, que a Acne se deve à ingestão de chocolates - 60% e 5%, respetivamente - ou à ingestão de produtos lácteos - 46% e 28% respetivamente.
  - Verifica-se uma menor homogeneidade nas respostas às questões:
    - A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo;
    - Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada;
    - A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.
- Embora mais de 50% dos respondentes indique que concorda, ou que concorda mais do que discorda, com estas afirmações, há uma percentagem relevante de indivíduos que discorda mais do que concorda. Pela falta de uma tendência clara na resposta, não consideramos a validação destes três itens.

- Por último, a posição relativa à afirmação de que a Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais não é consensual: 19% dos inquiridos concorda, 27% concorda mais do que discorda, 36% discorda mais do que concorda e 18% discorda.

Em súmula, os peritos consultados nesta investigação sugerem um padrão de resposta para as crenças que está detalhado no quadro 4.2. Com base nesta validação, das dezasseis crenças, apenas não foi possível aferir a resposta de quatro.

**Quadro 4.2: ICA Crenças - respostas padrão**

	<b>Crença verdadeira</b>	<b>Crença falsa</b>
ICA 1. Há uma predisposição hereditária para a Acne.	X	
ICA 2. A Acne deve-se a alterações das hormonas.	X	
ICA 3. A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele.	X	
ICA 4. A Acne deve-se à ingestão de chocolates.		X
ICA 5. A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.		X
ICA 6. Espremer as borbulhas agrava a Acne.	X	
ICA 7. Apanhar sol melhora a Acne.	X	
ICA 8. A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo.	Não aferido	
ICA 9. A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	Não aferido	
ICA 10. A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores.	X	
ICA 11. Ter Acne altera o bem-estar.	X	
ICA 12. Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	Não aferido	
ICA 13. A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	Não aferido	
ICA 14. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade.	X	
ICA 15. As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino.	X	
ICA 16. A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	X	

## 4.4 Conclusões

A Acne é uma doença com consequências psicológicas nos pacientes, as quais alicerçadas em fatores pessoais e sociais, podem influenciar decisivamente a sua qualidade de vida.

A informação incorrecta ou a falta desta pode contribuir e alimentar a proliferação de crenças e ideias incorrectas sobre a Acne que se perpetuam popularmente, mesmo sem serem suportadas pelo conhecimento científico.

Considerou-se importante criar um instrumento que pudesse contribuir para uma melhor compreensão da Acne em Portugal, levantando as principais impressões dos indivíduos sobre a Acne, agrupando estas ideias em crenças, comportamentos e tratamento, uma vez que é importante saber em que medida os indivíduos com Acne se informam, procuram tratamento e como decorre esse tratamento. Ter um processo sistemático, objetivo e universal de recolha de informação permite construir uma base para a obtenção de informação pertinente. O posterior tratamento dos dados ajuda a melhorar a qualidade da informação e consequentemente, a transmissão dessa informação sobre a Acne, a promoção da saúde junto dos pacientes com esta ou suscetíveis a tal, e a melhoria da adesão ao tratamento no caso dos doentes com Acne.

Para o efeito, após entrevistas a pacientes e profissionais de saúde portugueses, cujo material foi submetido na sua totalidade à análise de conteúdo, emergiu o ICA; a componente do ICA sobre as crenças foi posteriormente submetida a 95 médicos dermatologistas, como peritos, tendo sido possível validar doze das dezasseis crenças levantadas.

O ICA tornou-se um dos instrumentos principais da presente investigação, demonstrando ser uma ferramenta importante para a perceção subjetiva da Acne nos pacientes ou em indivíduos com história de vivência da Acne. É um instrumento que esteve em constante desenvolvimento no decurso desta investigação, uma vez que foi construído segundo o processo descrito neste capítulo e foi aplicado nos estudos II (ICA, versão 1.0) e III (ICA, versão 2.0).

## Capítulo 5

### Estudo II - O impacto psicológico da Acne

#### 5.1 Introdução

O estudo II pretende identificar as características e o impacto psicológico, eventualmente traumático, associado à vivência subjetiva de ter Acne. Para esse efeito, aplicou-se um protocolo constituído por seis instrumentos - quatro escalas e dois inventários - a uma amostra de conveniência composta por 367 indivíduos com nacionalidade portuguesa.

Foi preparado um protocolo de aplicação dos questionários por autopreenchimento, com resposta anónima, endereçado através de correio eletrónico e organizado na plataforma de disponibilização de questionários *online* - *Survey monkey*. As mensagens de correio eletrónico com a solicitação de colaboração no preenchimento do questionário foram enviadas com o pedido, na mesma mensagem, de os próprios a divulgarem junto de terceiros, de modo a aumentar a dimensão desta amostra de conveniência.

Este estudo enquadra-se numa análise quantitativa dos resultados obtidos, tendo em vista assegurar a pertinência dos instrumentos utilizados para a investigação da problemática em causa - características e implicações psicológicas de ter Acne em indivíduos adultos na população portuguesa - e avaliar a eventual necessidade de complementar o protocolo com outras escalas, de suprimir algum dos instrumentos selecionados, ou ainda efetuar alguma outra alteração que se revelasse pertinente. O protocolo, presente no apêndice A, foi constituído da seguinte forma:

- Introdução - mensagem de acolhimento, apresentação e consentimento informado;
- Recolha de dados sociodemográficos;
- Questionário I - Índice Dermatológico de Qualidade de Vida (2011), IQV-D;

- Questionário II - Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (2004), EADS-21;
- Questionário III - *Brief COPE* (2004), BC;
- Questionário IV - Escala de Alexitimia de Toronto (1992), TAS-20;
- Questionário V – Inventário de crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne, ICA (construído no âmbito desta investigação), versão 1.0;
- Questionário VI - Escala de graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia, AAD (1991);
- Conclusão - Mensagem de agradecimento.

Os dados recolhidos dos 367 indivíduos que se disponibilizaram a responder ao nosso protocolo foram tratados estatisticamente (usando o *software* SPSS, versão 22) tendo em vista:

- A caracterização sociodemográfica da amostra;
- A constituição de dois grupos de respondentes, com e sem Acne;
- A análise de diferenças, significativas ou não, observáveis entre as variáveis nos dois grupos.

O questionário VI (Escala de graduação da Acne da AAD) permitiu a separação da amostra nos dois grupos, com Acne e sem Acne, e a divisão do grupo com Acne em Acne ligeira, moderada ou grave. Optámos, contudo, por juntar o grupo com Acne moderado e o grupo com Acne grave, por haver pouca expressividade do grupo com Acne grave, constituindo portanto dois grupos: um com Acne ligeira e outro com Acne moderada ou grave.

## 5.2 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra teve em conta sete variáveis independentes: género, idade, escolaridade, estado civil, estado civil dos pais, agregado familiar e concelho de residência. A amostra global é constituída por 367 respondentes voluntários, 287 dos quais (78%) do género feminino e 80 do género masculino (22%), conforme os dados constantes na tabela 5.1. Trata-se de uma amostra com um claro predomínio de indivíduos do sexo feminino. Este desequilíbrio de género, poderá eventualmente refletir a maior predisposição dos elementos

do sexo feminino para colaborarem e responderem a questionários, já que não existe um claro predomínio de género nesta doença. A aplicação da escala de graduação da Acne, da Academia Americana de Dermatologia (1991), numa versão ajustada à presente investigação, em que os indivíduos, respondiam conforme a sua percepção subjectiva, permitiu a divisão da amostra nos grupos sem (percepção subjectiva de) Acne, com (percepção subjectiva de) Acne ligeira e com (percepção subjectiva de) Acne moderada ou grave.

Da leitura da tabela 5.1 constata-se que o grupo sem Acne é composto por 195 indivíduos que afirmam não ter Acne, correspondendo a 53% dos respondentes. O grupo com Acne é composto por 172 indivíduos que afirmam ter Acne - 47% da amostra. Destes, 138 são do género feminino e 34 do género masculino. Dentro do grupo de indivíduos com Acne, a maior parte - cerca de 70% - percebe a Acne que tem como ligeira.

**Tabela 5.1: Estudo II - Amostra por grupo e género**

	Feminino		Masculino		Total
Indivíduos sem Acne	149	76,41%	46	23,59%	195
Indivíduos com Acne ligeira	99	83,90%	19	16,10%	118
Indivíduos com Acne moderada ou grave	39	72,22%	15	27,78%	54
Total	287	78,20%	80	21,80%	367

A idade dos indivíduos do total da amostra varia entre os 15 e os 71 anos, sendo a média de 34 anos e o desvio padrão de 10,72 - tabela ApC.1 do apêndice C. A idade do grupo com Acne é globalmente inferior à do grupo sem Acne ( $p < 0,001$ ). Verifica-se que não existem diferenças significativas na análise dos dados por género em nenhum dos dois grupos. Tendo em consideração os escalões etários definidos, existe um predomínio dos indivíduos com mais de 35 anos nos grupos com e sem Acne. Contudo, no grupo com Acne existe uma distribuição mais homogénea dos indivíduos por todos os escalões etários - tabela ApC.2 do apêndice C. Em termos de grau de escolaridade, a amostra é composta maioritariamente por indivíduos com habilitações de nível superior: licenciatura ou mestrado - tabela ApC.3 do apêndice C. A maioria dos indivíduos é solteira - 54%, dos quais cerca de metade não tem parceiro ou namorado - tabela ApC.4 do apêndice C. Os dados da tabela ApC.5 do apêndice C evidenciam que 51% dos indivíduos referiu viver com marido/mulher ou companheiro(a),

19% sozinhos e 17% com ambos os pais. De referir ainda que 7% dos inquiridos deu como resposta “outros”, sendo a especificação mais comum a que mora com os filhos ou com os avós. Em 64% dos casos, o estado civil dos pais é casado - tabela ApC.6 do apêndice C.

A distribuição geográfica dos respondentes apresenta uma clara concentração na unidade territorial de Lisboa e Vale do Tejo (50%), seguido do Algarve (19%) - Figura ApC.1 do apêndice C. Saliente-se, no entanto, que existem respondentes em todo o território de Portugal continental, para além de 17 que vivem fora do continente (nas ilhas ou no estrangeiro).

### 5.3 Apresentação e análise de resultados

No estudo II registaram-se 764 acessos à plataforma, dos quais 367 resultaram em questionários completamente preenchidos e os restantes 397 em questionários incompletos - tabela 5.2. Optou-se por colocar avisos sistemáticos na plataforma *Survey monkey* quando não se verificava o preenchimento completo de um item e condicionar a evolução no protocolo à efetivação dessa resposta. Esta opção visou garantir que os protocolos não eram prejudicados por lapsos ou esquecimentos no seu preenchimento. A metodologia utilizada permitiu também prevenir a possibilidade de haver protocolos nulos, por falta de respostas ou existência de respostas inadequadas.

**Tabela 5.2: Estudo II - Acessos à plataforma *Survey monkey***

Questionários incompletos	397	51,96%
Questionários completos	367	48,03%
Total de acessos	764	100,00%

O estudo II visa aferir o protocolo como adequado aos objetivos da investigação e, se pertinente, efetuar os ajustes necessários ao seu melhoramento. De seguida são apresentados os resultados, por instrumento e a respetiva análise.



### 5.3.1 IQV-D

No presente estudo, o IQV-D foi aplicado a todos os indivíduos, independentemente de terem ou não Acne, para assegurar que existiam diferenças significativas entre os dois grupos. Contudo, não foi tida em conta a possível existência de outras afecções dermatológicas, que não a Acne, que pudessem estar presentes no grupo sem Acne ou concomitantes à presença da Acne e que alterassem o índice de qualidade de vida associado à doença dermatológica. Esta situação foi corrigida na investigação posterior - o estudo III - tendo-se aplicado o IQV-D apenas aos indivíduos que afirmavam percecionar ter especificamente Acne.

Para a análise dos resultados foram calculados os valores totais e parciais do IQV-D. Os valores parciais foram calculados para tentar identificar os aspetos da qualidade de vida dermatológica mais afetados pela Acne.

#### 5.3.1.1 Apresentação de resultados globais

Os valores de IQV-D total na amostra variaram entre 0 e 18 pontos. No entanto, analisando os valores da média e mediana, e tendo por base a escala proposta por Hongbo et al. (2005), presente no capítulo 3 deste trabalho, pode-se concluir que, para uma amostra sem problemas específicos de pele, o IQV-D varia entre “nenhum impacto na vida do paciente” (entre 0 e 1 pontos) e “pequeno impacto na vida do paciente” (entre 2 e 5 pontos).

Os valores mais elevados de IQV-D registam-se, tal como foi enquadrado nas hipóteses levantadas, em indivíduos que referem ter Acne. Na amostra de indivíduos com Acne o valor máximo obtido no IQV-D é de 18, mas a maior parte da amostra refere que, no máximo, a Acne “tem um impacto moderado nas suas vidas”. Os indivíduos da amostra sem Acne relevam que, no máximo, tem “um pequeno impacto nas suas vidas”. Os indivíduos que indicam ter Acne têm um valor médio de IQV-D de 3,85 e mediana de 3. Já os indivíduos que referem não ter Acne apresentam uma média de 0,96 e mediana de 0.

A tabela 5.3 mostra que os valores estatísticos calculados são mais elevados no grupo com acne, face ao grupo sem acne, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Tabela 5.3: Estudo II - IQV-D total por subgrupos

	Total	Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	367	195	172	118	54
Valor mínimo	0	0	0	0	0
Valor máximo	18	9	18	9	18
Média	2,29	0,92	3,85	2,75	6,24
Mediana	1,00	0,00	3,00	2,00	5,50
Desvio padrão	3,07	1,47	3,63	2,27	4,76
Mann-Whitney (p-value)	-	p<0,001		p<0,001	
Alfa Cronbach	0,80	0,58	0,80	0,63	0,81

Os valores do IQV-D total dos indivíduos com Acne ligeira variam entre 0 e 9 (classificação máxima de “impacto moderado na vida do indivíduo”) e os dos indivíduos com Acne moderada ou grave variam entre 0 e 18 (classificação máxima de “grande impacto na vida do paciente”). No que concerne à qualidade de vida associada a doença dermatológica, existem diferenças estatísticas significativas, entre os grupos, com Acne ligeira e com Acne moderada ou grave ( $p<0,001$ ), sendo a qualidade de vida significativamente superior no grupo com Acne ligeira, com um valor médio de 2,75. No grupo com Acne moderada ou grave, o impacto negativo na qualidade de vida é mais elevado, com valor médio de 6,24, configurando portanto uma perda moderada na qualidade de vida.

Em termos de consistência interna, pode considerar-se que os valores do alfa de Cronbach são reveladores de boa fiabilidade para o total da amostra e para o grupo de indivíduos com Acne (0,80). Para o grupo de indivíduos sem Acne, os valores são reveladores de índice de fiabilidade não aceitável (0,58). Esta situação é compreensível, tendo em conta que a maioria das perguntas se dirigem a indivíduos com alterações dermatológicas, condição que provavelmente não estará presente nos indivíduos desse grupo.

### 5.3.1.2 Apresentação de resultados e análise de subescalas

Quando se analisam os resultados das seis subescalas - tabela ApC.7 do apêndice C - observam-se valores médios mais elevados no grupo com Acne, revelando, como esperado, uma menor qualidade de vida dermatológica em todos os fatores investigados. Seria inclusivamente expectável que no grupo sem Acne se pudesse registar um índice de qualidade de vida máximo associado a doença dermatológica, ou seja, pontuação igual a zero. Pensamos que tal não sucede porque alguns indivíduos, que afirmaram não ter Acne, poderiam padecer de alguma outra condição dermatológica redutora da sua qualidade de vida.

O fator com valores máximos mais elevados é o IQV-D-SS (qualidade de vida relacionada com sintomas e sentimentos face à doença). Neste fator, o valor máximo atingido foi 6, que corresponde ao valor máximo potencial da subescala. É preciso, contudo, notar que em todas as escalas, em ambos os grupos, os valores médios estão próximos de zero e se registaram muitas medianas a zero, sendo que o valor zero significa que a doença dermatológica não teve nenhum impacto na vida do indivíduo. Isto poderá ser compreendido pelo facto de as respostas “não aplicável” serem cotadas, de acordo com as normas da escala, como zero. Por definição, a escala é não aplicável a indivíduos que não sofrem de problemas dermatológicos. Esta constatação levou a que esta escala fosse retirada no protocolo no Estudo III a todos os indivíduos que responderam percepcionar não ter Acne.

Em síntese, a maioria dos indivíduos que afirmam ter Acne revelam que a Acne tem apenas um pequeno impacto na qualidade das suas vidas. Apenas os indivíduos com Acne moderado ou grave revelam que a Acne lhes provoca um impacto negativo moderado e, para estes últimos, esse impacto é mais relevante apenas no fator SS - sintomas e sentimentos.

Os resultados encontrados revelam que a qualidade de vida dos indivíduos em estudo parece ser relativamente pouco afetada pela Acne. De acordo com a tabela 5.4, a Acne não tem nenhum impacto negativo para 28% dos indivíduos com a doença e tem apenas um pequeno impacto negativo para 47% da amostra.

**Tabela 5.4: Estudo II - Resultados no IQV-D total para o grupo de indivíduos com Acne**

Resultados no IQV-D-Total			Interpretação
Entre 0 e 1	48	28,0%	Nenhum impacto
Entre 2 e 5	80	46,5%	Pequeno impacto
Entre 6 e 10	34	20,0%	Impacto moderado
Entre 11 e 20	10	5,5%	Grande impacto
Entre 21 e 30	0	0,0 %	Muito grande impacto

### 5.3.2 EADS-21

Neste estudo, a EADS-21 foi aplicada a todos os indivíduos, independentemente do grupo, para investigar se existem diferenças significativas entre os dois grupos, com e sem Acne. Para cada grupo, calcularam-se tanto o valor global, como os valores parciais das três dimensões: depressão, ansiedade e stresse. Contudo, o valor global não é passível de interpretação qualitativa. Com os valores parciais (valores por dimensões) é possível identificar a presença, ou não, da referida psicopatologia (ansiedade, depressão e stresse) e o grau de severidade com que ela se manifesta. Esta classificação, da autoria de Lovibond e Lovibond (1995), está patente na tabela 3.1 do capítulo 3. Os valores de EADS total, constantes na tabela 5.5, variam entre 0 e 41, com uma média de 9,14 e um desvio padrão de 7,68. O alfa de Cronbach revela qualidades métricas que posicionam o nível de fiabilidade de consistência interna da escala no nível bom de fiabilidade (entre  $\geq 0,8$  e  $< 0,95$ , segundo Lance et al, 2006). Mais especificamente, com valores de alfa de Cronbach entre 0,91 e 0,93, pode afirmar-se que a consistência interna dos resultados é boa. As diferenças são estatisticamente significativas quando se comparam indivíduos com e sem Acne ( $p < 0,001$ ). O máximo e a média são mais elevados para os indivíduos com Acne do que para os indivíduos sem Acne. Existem também diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,003$ ) dentro do grupo de indivíduos com Acne, quando se comparam os indivíduos com Acne ligeira, com os indivíduos com Acne moderada ou grave.

**Tabela 5.5: Estudo II - EADS-21 por subgrupos**

	Total	Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	367	195	172	118	54
Valor mínimo	0	0	0	0	0
Valor máximo	41	28	41	38	41
Média	9,14	7,58	10,91	9,48	14,04
Mediana	8,00	6,00	9,00	8,00	11,00
Desvio padrão	7,68	6,47	8,54	7,60	9,65
Mann-Whitney (p-value)		p<0,001		p=0,003	
Alfa Cronbach	0,92	0,91	0,92	0,91	0,93

Quando se analisam os dados em cada um dos grupos de indivíduos com Acne e sem Acne, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos valores obtidos em função do género dos respondentes.

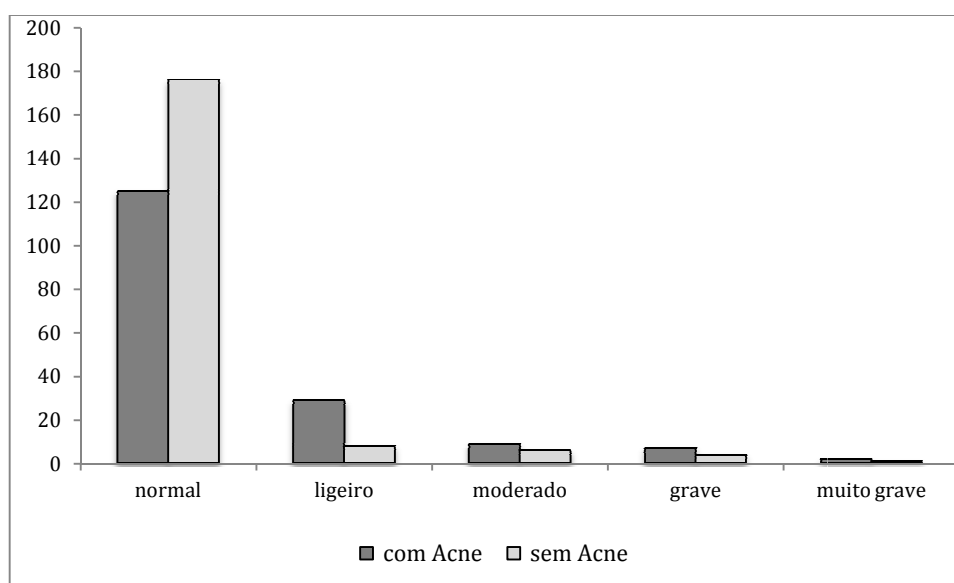
Os fatores do EADS-21 são mais importantes para a compreensão das características dos grupos. As frequências da distribuição dos indivíduos dentro dos grupos, por fatores e por psicopatologia constam da tabela 5.6 e a respetiva representação gráfica está nos gráficos 5.1, 5.2 e 5.3.

Pode-se constatar que ambos os grupos são compostos maioritariamente por indivíduos que apresentam valores não psicopatológicos em qualquer um dos fatores avaliados: depressão, ansiedade e stresse. Apesar disso, quando se compara o grupo de indivíduos com Acne com o grupo de indivíduos sem Acne, o primeiro apresenta valores de frequências mais elevados em todos os fatores (ligeiro, moderado, grave e muito grave), à excepção do normal. Os valores parciais do EADS-21 referentes à amostra para as três dimensões são os constantes na tabela 5.7. A tabela 5.8 exhibe diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com Acne e o

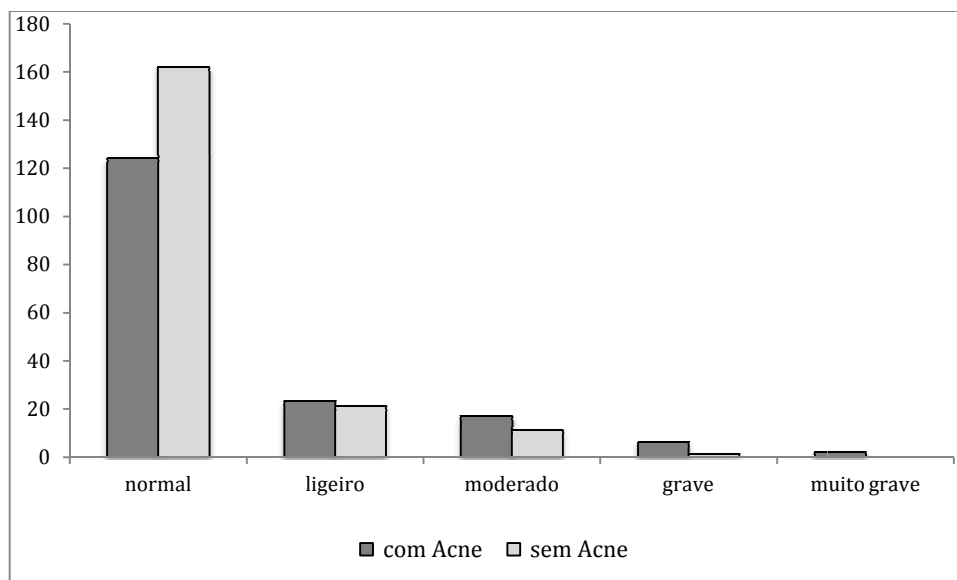
sem Acne ( $p=0,04$ ) para a dimensão depressão e igualmente significativas ( $p<0,001$ ) para as dimensões ansiedade e stresse. A tabela 5.9 contém os valores estatísticos para os subgrupos com Acne, destacando os valores para a Acne ligeira e para a Acne moderada e grave, para a ansiedade, depressão e stresse - EADS-A, EADS-D e EADS-S.

**Tabela 5.6: Estudo II - EADS-21 - Frequências da psicopatologia por subgrupos e fatores dos EADS-21**

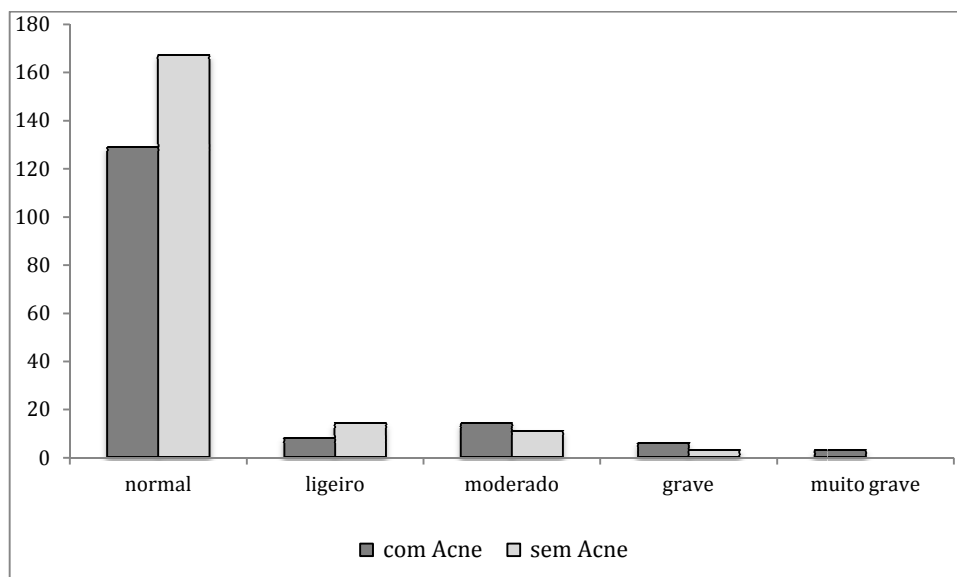
Psicopatologia	Com Acne (N=172)			Sem Acne (N=195)		
	Ansiedade	Depressão	Stresse	Ansiedade	Depressão	Stresse
Normal	125 72,68%	124 72,09 %	129 75,00%	176 90,26%	162 83,08%	167 85,64%
Ligeiro	29 16,86%	23 13,37%	20 11,63%	8 4,10%	21 10,77%	14 7,18%
Moderado	9 5,23%	17 9,88%	14 8,14%	6 3,08%	11 5,64%	11 5,64%
Grave	7 4,07%	6 3,49%	6 3,49%	4 2,05%	1 0,51%	3 1,54%
Muito Grave	2 1,16%	2 1,16%	3 1,74%	1 0,51%	0 0%	0 0%



**Gráfico 5.1: Estudo II - EADS-21 - Psicopatologia na ansiedade**



**Gráfico 5.2: Estudo II - EADS-21 - Psicopatologia na depressão**



**Gráfico 5.3: Estudo II - EADS-21 - Psicopatologia no stresse**

Tabela 5.7: Estudo II - EADS-21 - Frequências da psicopatologia nos subgrupos com Acne

Psicopatologia	Ansiedade		Depressão		Stresse	
	Acne ligeira	Acne moderada/grave	Acne ligeira	Acne moderada/grave	Acne ligeira	Acne moderada/grave
Normal	89 75,42%	36 66,66%	92 77,90%	32 59,26%	96 81,35%	33 61,11%
Ligeiro	20 16,95%	9 16,66%	14 11,80%	9 16,66%	13 11,01%	7 12,96%
Moderado	4 3,39%	5 9,25%	7 5,93%	10 18,51%	6 5,08%	8 14,81%
Grave	4 3,39%	3 5,55%	5 4,24%	1 1,85%	3 2,54%	3 5,55%
Muito Grave	1 0,84%	1 1,85%	0 0%	2 3,70%	0 0%	3 5,55%

Tabela 5.8: Estudo II - EADS-21 - Valores estatísticos para as três dimensões do EADS-21

por grupos de Acne

	Ansiedade		Depressão		Stresse	
	Grupo com Acne	Grupo sem Acne	Grupo com Acne	Grupo sem Acne	Grupo com Acne	Grupo sem Acne
Máximo	12	11	18	11	20	15
Média	2,41	1,35	2,92	2,00	5,58	4,22
Desvio padrão	2,56	1,98	3,44	2,29	3,90	3,33
Mann-Whitney	p<0,001		p=0,04		p<0,001	



**Tabela 5.9: Estudo II - EADS-21 - Valores estatísticos para os subgrupos com Acne**

	Ansiedade		Depressão		Stresse	
	Acne ligeira	Acne moderada/grave	Acne ligeira	Acne moderada/grave	Acne ligeira	Acne moderada/grave
	N=118	N=54	N=118	N=54	N=118	N=54
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	9	12	12	18	20	17
Média	1,87	3,59	2,48	3,87	5,13	6,57
Mediana	1,00	3,00	1,00	2,50	5,00	6,50
Desvio Padrão	2,07	3,09	3,05	4,03	3,80	3,99
Mann- Whitney	p<0,001		0,04		0,03	
Alfa de Cronbach	0,61	0,78	0,87	0,90	0,88	0,86

Foram também calculados os valores de alfa de Cronbach para os vários grupos analisados, tanto para o EADS-21 total como para os valores parciais, os quais demonstram uma boa consistência interna nos dados. Valores entre 0,6 e 0,7 são considerados como tendo um índice de fiabilidade aceitável e valores superiores a 0,8 como tendo uma boa fiabilidade.

Apesar de não se poder confirmar a hipótese da existência de uma relação entre ter Acne e as dimensões psicopatológicas analisadas - depressão, ansiedade e stresse -, dado que só uma percentagem reduzida de ambos os grupos (cerca de 28% no grupo com Acne, e 17% no grupo sem Acne) é que apresenta valores compatíveis com intensidades de nível psicopatológico, podemos, contudo, pelos resultados apurados referir que existe uma maior tendência para o grupo com Acne ter resultados mais próximos do psicopatológico do que o grupo sem Acne, em todas as dimensões avaliadas.

### 5.3.3 TAS-20

A TAS-20 foi aplicada a todos os indivíduos e pretendia-se, com os seus resultados, investigar a existência ou não de uma maior incidência, no grupo de indivíduos com Acne, dos fatores que se sabem, de acordo com a revisão de literatura, estar ligados à Alexitimia e, por isso, à predisposição ao adoecer psicossomático. De acordo com as indicações dos autores da escala, foram calculados os valores totais da escala e dos seus três fatores. A pontuação máxima obtida por esta escala é de 185 pontos. Neste trabalho utilizam-se os intervalos constantes do quadro 3.7 do capítulo 3.

A tabela 5.10 contém um valor médio do TAS para a totalidade da amostra, de 43,63, com um desvio padrão de 12,76, sendo o valor mínimo de 20 e o máximo de 75. Pode-se portanto constatar que o valor médio da TAS-20 é inferior a 51 (43,63), logo correspondendo a indivíduos não alexitímicos. O desvio padrão de 12,76 é bastante elevado, permitindo perceber que alguns dos indivíduos poderão ser considerados possíveis alexitímicos. A comparação entre o grupo de indivíduos com Acne e o grupo de indivíduos sem Acne, apresentada na tabela 5.10, mostra diferenças significativas ( $p < 0,001$ ), sendo os valores de TAS total superiores no primeiro. A média nos indivíduos com Acne é de 47,24 e o desvio padrão 13,0. Nos indivíduos sem Acne, a média é de 40,22 e o desvio padrão de 11,67. Em ambos os grupos a maioria dos indivíduos são não alexitímicos. A mesma tabela mostra que as diferenças entre o grupo de indivíduos com Acne ligeira e o grupo de indivíduos com Acne moderada ou grave são estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Ambos os grupos têm valor máximo de 75, mas no primeiro o valor mínimo é 20 e no segundo 27. As médias são, respetivamente, 45,11 e 51,91 e os desvios padrão 13,32 e 11,03.

Estes dados permitem perceber que a condição de possível alexitimico está associada apenas à Acne moderada e grave. A consistência interna do TAS total é boa, tanto para a amostra total como para os grupos com Acne, sem Acne, com Acne ligeira ou com Acne moderada ou grave (alfa de Cronbach entre 0,77 e 0,85).

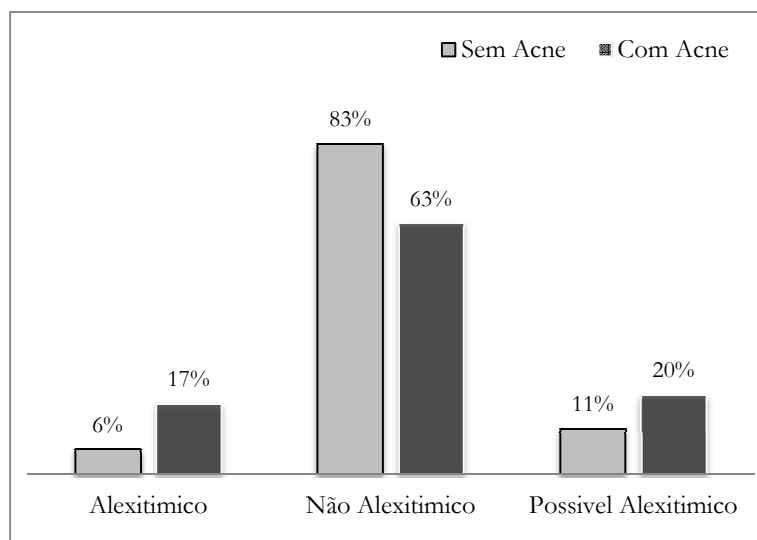
Tabela 5.10: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos

	Total	Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	367	195	172	118	54
Valor mínimo	20,00	21,00	20,00	20,00	27,00
Valor máximo	75,00	71,00	75,00	75,00	75,00
Média	43,63	40,44	47,24	45,11	51,91
Mediana	41,00	40,00	47,00	42,50	52,00
Desvio padrão	12,76	11,67	13,00	13,32	11,03
Mann-Whitney (p-value)	-	p<0,001		p<0,001	
Alfa Cronbach	0,84	0,82	0,84	0,85	0,77

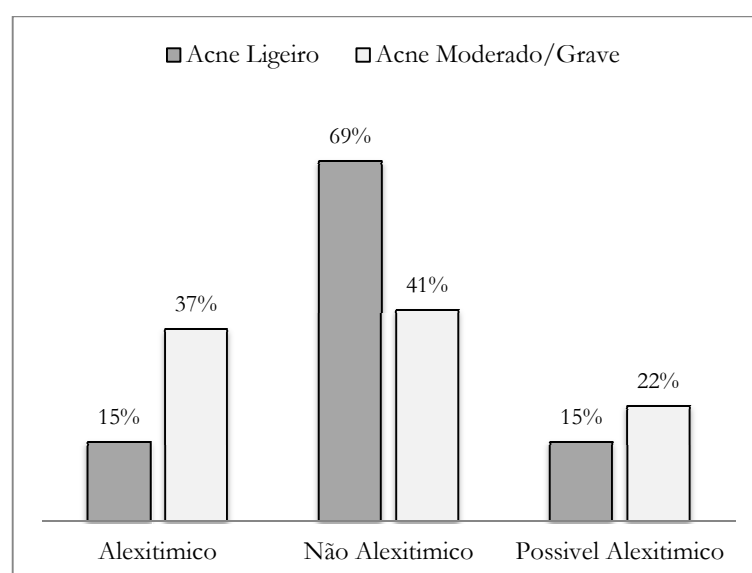
A tabela 5.11 e os gráficos 5.4 e 5.5 ilustram a interpretação dos grupos e subgrupos (com Acne) face à TAS-20.

Tabela 5.11: Estudo II - TAS-20 - Interpretação nos grupos

Sem Acne	Com Acne			Interpretação
	Total	Ligeira	Moderada ou grave	
161 82,64%	108 62,79%	82 69,49%	22 40,74%	Não alexitímico
22 11,28%	34 19,76%	18 15,25%	12 22,22%	Possível alexitímico
12 6,15%	30 17,44%	18 15,25%	20 37,03%	Alexitímico



**Gráfico 5.4: Estudo II - TAS-20 - Interpretação nos grupos**



**Gráfico 5.5: Estudo II - TAS-20 - Interpretação por subgrupo com Acne**

Observa-se que o comportamento dos valores obtidos para os três fatores - descritos no capítulo 3 do presente estudo - é similar ao do TAS total. Na TAS-20, o fator 1 (expresso na tabela 5.12) remete para a dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção. O Fator 1 tem, para a totalidade da amostra, um valor mínimo de 7 e máximo de 32. É superior no grupo de indivíduos com Acne face ao grupo de indivíduos sem Acne, sendo estas diferenças significativas ( $p < 0,001$ ). De entre os indivíduos com Acne, os que têm Acne ligeira têm valor mínimo 7 e máximo 32 e os que têm Acne

moderada ou grave têm valor mínimo 7 e máximo 30. Estas diferenças são significativas ( $p=0,04$ ). Os resultados obtidos para o fator 1 parecem indicar que o facto de os indivíduos terem Acne pode estar relacionado com uma maior dificuldade em distinguir e separar sentimentos e sensações corporais.

**Tabela 5.12: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos para o fator 1**

	Total	Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	367	195	172	118	54
Valor mínimo	7	7	7	7	7
Valor máximo	32	30	32	32	30
Média	14,47	12,85	16,30	15,31	18,46
Mediana	13,00	11,00	16,00	13,50	18,50
Desvio padrão	6,65	5,78	7,09	7,32	6,09
Mann-Whitney (p-value)	-	$p<0,001$		$p=0,04$	
Alfa Cronbach	0,87	0,85	0,87	0,90	0,78

O fator 2 (tabela 5.13) compreende a dificuldade em descrever os sentimentos aos outros. Os valores deste fator, para a totalidade da amostra, variam entre 5 e 24. As diferenças de resultados entre o grupo de indivíduos com Acne e o grupo dos indivíduos sem Acne são estatisticamente significativas ( $p<0,001$ ). No grupo dos indivíduos com Acne, os valores do fator 2 variam entre 5 e 24. O grupo de indivíduos com Acne ligeira tem, para o fator 2, um valor mínimo de 5 e máximo de 24. As diferenças destes valores em relação aos do grupo de indivíduos com Acne moderada ou grave são estatisticamente significativas ( $p<0,001$ ). Neste último grupo, o valor mínimo é de 5 e o máximo de 23. Considerando que o fator 2 está relacionado com o controlo das emoções, os resultados obtidos parecem indicar a possibilidade de um menor controlo das emoções por parte dos indivíduos com Acne, acentuando-se ainda mais com o aumento da gravidade da Acne.

**Tabela 5.13: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos para o fator 2**

	Total	Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	367	195	172	118	54
Valor mínimo	5	5	5	5	5
Valor máximo	24	23	24	24	23
Média	11,65	10,93	12,47	11,51	14,56
Mediana	11,00	10,00	12,00	11,00	15,00
Desvio padrão	4,64	4,52	4,65	4,64	3,97
Mann-Whitney (p-value)	-	p<0,001		p<0,001	
Alfa Cronbach	0,72	0,72	0,71	0,74	0,52

O fator 3 (tabela 5.14) está ligado à dificuldade de expressão de afetos. Este fator apresenta diferenças significativas entre indivíduos com e sem Acne ( $p<0,001$ ), mas não entre indivíduos com Acne ligeira e indivíduos com Acne moderada ou grave.

**Tabela 5.14: Estudo II - TAS-20 - Valores estatísticos para o fator 3**

	Total	Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	367	195	172	118	54
Valor mínimo	8	8	8	8	8
Valor máximo	31	30	31	31	2
Média	17,52	16,66	18,48	18,27	18,89
Mediana	17,00	16,00	18,00	18,00	19,00
Desvio padrão	4,65	4,45	4,69	3,82	3,79
Mann-Whitney (p-value)	-	p<0,001		p=0,48	
Alfa Cronbach	0,47	0,42	0,49	0,47	0,56

Para a totalidade da amostra, os valores variam entre 8 e 31. No grupo dos indivíduos com Acne, os valores mínimo e máximo são os mesmos. No grupo de indivíduos sem Acne o valor mínimo é igualmente 8, enquanto o máximo é 30.

O valor de alfa de Cronbach revela uma boa fiabilidade relativa ao fator 1 (0,87), uma fiabilidade aceitável no fator 2 (0,72) e fiabilidade insuficiente no fator 3 (0,47). Este comportamento é, contudo, relativamente consistente com o descrito por Prazeres (1996).

### 5.3.4 *Brief*COPE

O *Brief*COPE foi calculado para cada uma das suas 14 escalas, para os grupos de indivíduos que não têm Acne e para os indivíduos que consideram ter Acne, percepcionando-a com um grau de gravidade ligeiro, moderado ou grave. Não foi calculado um valor global de *Brief*COPE, uma vez que o mesmo não tem significado. Neste estudo utilizámos duas abordagens aos dados do *Brief*COPE: a análise das estratégias de *coping*, agrupadas em estratégias adaptativas e não adaptativas, e uma leitura dos dados em três categorias compostas pelas escalas constantes no quadro 3.4 do capítulo 3: foco no problema, ativação emocional e evitamento emocional (Schindler & Elhai, 2007).

Os dados constantes na tabela 5.15 sugerem que os indivíduos com Acne fazem uma utilização média e elevada de estratégias de *coping* - não adaptativas e adaptativas. Ainda assim, existem valores significativos de utilização de estratégias de *coping* por indivíduos sem Acne. Esta aparente incongruência está relacionada com o fato da escala *Brief*COPE ter sido aplicada a todos os indivíduos, mesmo aos indivíduos sem Acne. No estudo seguinte apenas foi aplicada aos indivíduos com Acne, uma vez que concluímos não fazer sentido solicitar que o indivíduo indique o tipo de estratégias que utiliza para lidar com o stress desde que tem Acne, quando ele declara não ter Acne. Nesse caso, os indivíduos terão sido compelidos a responder indicando as suas estratégias habituais para lidar com situações stressantes, mas não as especificamente relacionadas com a Acne.

**Tabela 5.15: Estudo II - Frequências da distribuição dos indivíduos  
por estratégias de *coping* e grupos de Acne**

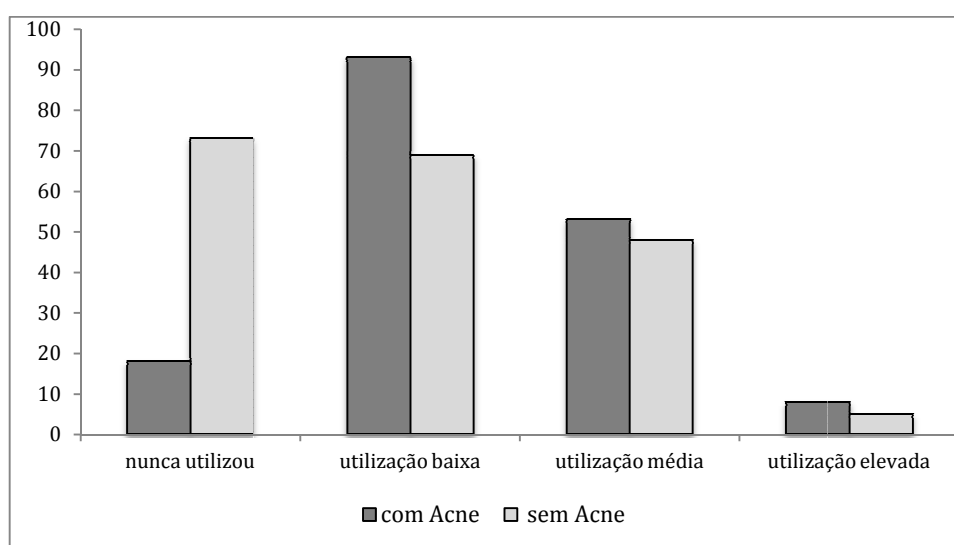
<i>Coping</i>		Sem Acne	Com Acne		
			Total	Ligeira	Moderada ou grave
Não adaptativo	Nunca utilizou	75 19,32%	24 7,04%	23 9,75%	1 0,93%
	Utilização baixa	105 27,06%	131 38,42%	85 36,02%	46 42,59%
	Utilização média	14 3,60%	15 4,40%	9 3,81%	6 5,56%
	Utilização elevada	0 0%	2 0,59%	1 0,42%	1 0,93%
Adaptativo	Nunca utilizou	64 16,49%	14 4,10%	13 5,51%	1 0,93%
	Utilização baixa	37 9,53%	38 11,14%	32 13,56%	5 4,63%
	Utilização média	90 23,19%	111 32,55%	67 28,39%	45 41,67%
	Utilização elevada	3 0,77%	6 1,76%	6 2,54%	3 2,78%

Quando se analisam os resultados do grupo com Acne (ligeiro *versus* moderado/grave) constata-se que a maioria dos indivíduos faz uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas em ambos os grupos. Já a utilização média de estratégias de coping adaptativas é superior no grupo com Acne moderada ou grave. Os resultados, tendo em conta as três dimensões, estão registados na tabela 5.16 e nos gráficos 5.6, 5.7 e 5.8.

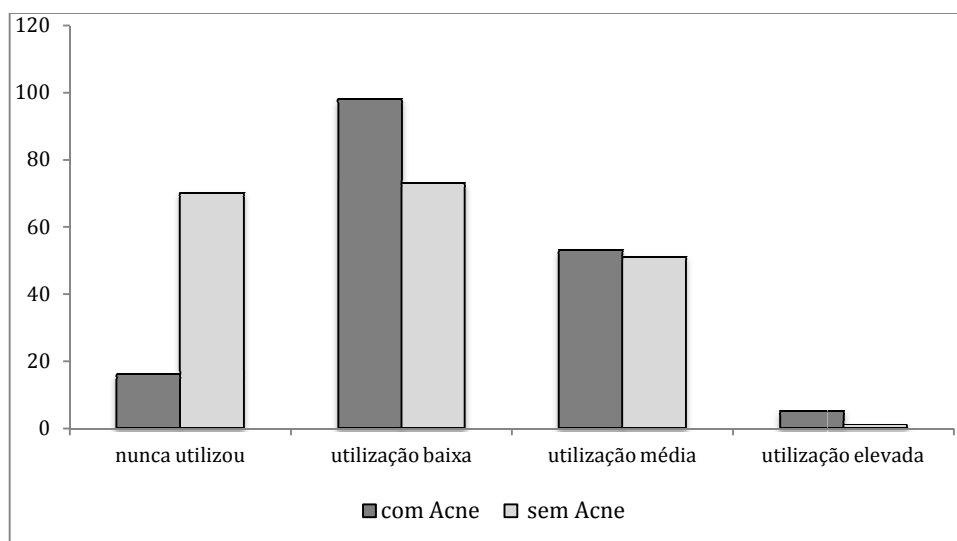


**Tabela 5.16: Estudo II - Frequências da distribuição dos indivíduos**  
**por dimensões de *coping* e grupos de Acne**

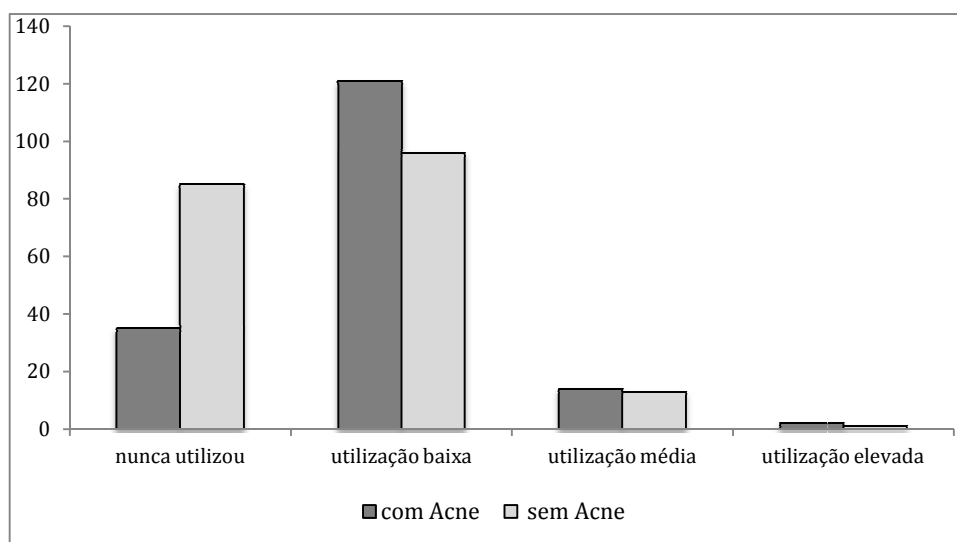
Dimensão	Valor	Sem Acne		Com Acne					
				Total		ligeiro		moderado/grave	
Foco no problema	Nunca utilizou	73	12,48%	18	3,49%	15	4,23%	3	1,85%
	Utilização baixa	69	11,79%	93	18,02%	68	19,21%	25	15,43%
	Utilização média	48	8,21%	53	10,27%	31	8,76%	22	13,58%
	Utilização elevada	5	0,85%	8	1,55%	4	1,13%	4	2,47%
Ativação emocional	Nunca utilizou	70	11,97%	16	3,10%	15	4,24%	1	0,62%
	Utilização baixa	73	12,48%	98	18,99%	66	18,64%	32	19,75%
	Utilização média	51	8,72%	53	10,27%	34	9,60%	19	11,73%
	Utilização elevada	1	0,17%	5	0,97%	3	0,85%	2	1,23%
Evitamento emocional	Nunca utilizou	85	14,52%	35	6,78%	32	9,04%	3	1,85%
	Utilização baixa	96	16,41%	121	23,45%	77	21,75%	44	27,16%
	Utilização média	13	2,22%	14	2,71%	8	2,26%	6	3,70%
	Utilização elevada	1	0,17%	2	0,39%	1	0,28%	1	0,62%



**Gráfico 5.6: Estudo II - Estratégia de *coping* focado no problema - dimensão 1**



**Gráfico 5.7: Estudo II - Estratégia de *coping* de ativação emocional - dimensão 2**



**Gráfico 5.8: Estudo II - Estratégia de *coping* de evitamento emocional - dimensão 3**

Apesar de ser uma utilização considerada baixa, observa-se que a dimensão do *coping* por evitamento emocional é a mais elevada, quer no grupo dos indivíduos com Acne ligeira, quer no grupo dos indivíduos com Acne moderada ou grave. Observa-se também que as tendências registadas no grupo de Acne ligeira se intensificam no grupo com Acne moderada e grave.

### Descrição do comportamento estatístico das diferentes escalas

As várias escalas do coping estão descritas no quadro 3.4 do capítulo 3. As escalas AD (auto-distração), CA (*coping* ativo), SI (suporte instrumental), AC (auto-culpabilização), P (planejar) e A (aceitação) apresentam um comportamento idêntico em relação aos resultados obtidos - tabela 5.17. Todas as escalas registam valor mínimo de 2 e máximo de 8 para a amostra total e para cada um dos grupos em análise, assim como diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com Acne e sem Acne ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ,  $p = 0,003$ ,  $p = 0,001$ ,  $p < 0,001$  e  $p < 0,001$ , respetivamente) e também entre os grupos com Acne ligeira e com Acne moderada ou grave ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,002$ ,  $p = 0,003$ ,  $p = 0,05$ ,  $p = 0,002$  e  $p = 0,002$ , respetivamente).

Os valores mínimos e máximos na escala N (negação) variam entre 2 e 8, exceto para o grupo de Acne ligeira, no qual o valor máximo é 6. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sem Acne e com Acne ( $p = 0,01$ ) e também entre Acne ligeira e Acne moderada ou grave ( $p = 0,04$ ).

A escala US (uso de substâncias) tem um comportamento diferenciado. Os valores variam entre 2 e 6, exceto para o grupo de Acne moderada ou grave, no qual o máximo é 5. As diferenças encontradas são marginalmente significativas entre os grupos sem Acne e com Acne ( $p = 0,05$ ) e significativas entre Acne ligeira e moderada ou grave ( $p = 0,01$ ).

As escalas SE (utilizar suporte social emocional), ES (expressão de sentimentos) e RP (reinterpretação positiva) apresentam valores mínimos e máximos de 2 e 8, independentemente do grupo em análise. Existe apenas uma exceção, no grupo de Acne ligeira, o qual tem um valor máximo de 7 para a escala ES. Entre o grupo com Acne e o grupo sem Acne existem diferenças estatisticamente significativas nas escalas SE e ES ( $p = 0,02$  e  $p = 0,002$ , respetivamente). Não há diferenças significativas entre os grupos Acne ligeira e Acne moderada ou grave em nenhuma destas três escalas.

Por fim, as escalas DC (desinvestimento comportamental), H (humor) e R (religião), não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre nenhum dos grupos. Todas têm um valor mínimo de 2 e máximo de 8, exceto o grupo Acne moderada ou grave, que tem valor máximo 6 para a escala DC.

Em resumo, a análise dos valores obtidos revelou que, em geral, estes são maiores no grupo de indivíduos com Acne e particularmente nos indivíduos com Acne moderada ou grave, independentemente da escala do *Brief COPE*.

A análise de consistência interna foi realizada. Os valores obtidos para todas as escalas foram baixos, o que era expectável, dado que cada escala agrupa apenas dois itens. Como os valores dos alfa de Cronbach foram consistentemente baixos, não se apresentam os resultados.

**Tabela 5.17: Estudo II - *Brief*COPE - Comportamento estatístico das diferentes escalas**

Escala COPE		Total	Sem Acne	Com Acne		
		N=367	N=195	total N=172	Ligeira N=118	moderada ou grave N=54
AD	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,41	3,09	3,78	3,45	4,52
	DP	1,61	1,52	1,64	1,49	1,72
	Mann-Whitney	-	p<0,001		p<0,001	
CA	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	4,14	3,75	4,57	4,29	5,19
	DP	1,84	1,85	1,74	1,74	1,60
	Mann-Whitney	-	p<0,001		p=0,002	
SI	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,29	3,11	3,50	3,28	3,98
	DP	1,59	1,56	1,60	1,54	1,63
	Mann-Whitney	-	p=0,003		p=0,003	
AC	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,02	2,78	3,28	3,11	3,67
	DP	1,38	1,19	1,52	1,38	1,74
	Mann-Whitney	-	p=0,001		p=0,05	
P	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,90	3,60	4,24	3,95	4,87
	DP	1,88	1,85	1,86	1,77	1,90
	Mann-Whitney	-	p<0,001		p=0,002	
A	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,90	3,60	4,24	3,95	4,87
	DP	1,88	1,85	1,86	1,77	1,90
	Mann-Whitney	-	p<0,001		p=0,002	
N	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-6,00	2,00-8,00
	Média	2,53	2,43	2,65	2,54	2,89
	DP	1,08	1,00	1,14	1,00	1,38
	Mann-Whitney	-	p=0,01		p=0,04	

Escala COPE		Total N=367	Sem Acne N=195	Com Acne		
				total N=172	ligeira N=118	moderada ou grave N=54
US	Mín/Máx	2,00-6,00	2,00-6,00	2,00-6,00	2,00-6,00	2,00-5,00
	Média	2,21	2,21	2,28	2,22	2,41
	DP	0,70	0,62	0,78	0,77	0,79
	Mann-Whitney	-	p=0,05		p=0,01	
SE	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,51	3,35	3,69	3,58	3,93
	DP	1,69	1,69	1,67	1,64	1,75
	Mann-Whitney	-	p=0,02		p=0,20	
DC	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-6,00
	Média	2,44	2,34	2,55	2,48	2,70
	DP	1,00	0,89	1,10	1,08	1,13
	Mann-Whitney	-	p=0,06		p=0,08	
ES	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-7,00	2,00-8,00
	Média	3,10	2,96	3,26	3,16	3,48
	DP	1,25	1,27	1,22	1,15	1,33
	Mann-Whitney	-	p=0,002		p=0,14	
RP	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00
	Média	3,79	3,50	4,11	4,03	4,30
	DP	1,70	1,63	1,73	1,77	1,63
	Mann-Whitney	-	p<0,001		p=0,26	
H	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-7,00	2,00-8,00
	Média	2,78	2,72	2,84	2,72	3,11
	DP	1,26	1,20	1,32	1,20	1,54
	Mann-Whitney	-	p=0,32		p=0,14	
ES	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-7,00	2,00-8,00
	Média	3,10	2,96	3,26	3,16	3,48
	DP	1,25	1,27	1,22	1,15	1,33
	Mann-Whitney	-	p=0,002		p=0,14	
R	Mín/Máx	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-8,00	2,00-7,00	2,00-8,00
	Média	2,63	2,58	2,69	2,65	2,76
	DP	1,24	1,17	1,31	1,23	1,49
	Mann-Whitney	-	p=0,38		p=0,70	

### 5.3.5 ICA

O Estudo II organiza os indivíduos da amostra em dois grupos: os que têm Acne e os que não têm Acne. Assim, a análise dos resultados do ICA foi feita da seguinte forma: as primeiras 16 questões, que remetem para as crenças sobre a Acne, foram aplicadas a toda a amostra. As questões relacionadas com comportamentos foram consideradas apenas para o grupo dos indivíduos com Acne. Em relação ao tratamento, foram consideradas apenas as respostas dos indivíduos que, para além de referirem ter Acne, referiram ter recorrido ao tratamento.

O valor global do ICA para crenças sobre a Acne varia na amostra total entre 31 e 61. Não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores entre indivíduos com Acne e sem Acne.

Os resultados foram também comparados para os grupos de indivíduos com Acne ligeira e indivíduos com Acne moderada ou grave. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na comparação por grau de gravidade da Acne.

A tabela 5.18 sintetiza as respostas às questões relacionadas com as crenças sobre a Acne. Os respetivos gráficos retratam as respostas consoante os grupos - sem Acne e com Acne (ligeira, e moderada ou grave) - gráficos de ApC.1 a ApC16 do apêndice C. Os gráficos refletem a relativa homogeneidade de crenças entre os grupos de indivíduos em análise. Numa análise global da dimensão - crenças sobre a Acne - pode afirmar-se que a maioria dos indivíduos concorda ou concorda mais do que discorda com as seguintes afirmações:

- Há uma predisposição hereditária para a Acne.
- A Acne deve-se a alterações hormonais.
- A Acne deve-se ao excesso de oleosidade na pele.
- Espremer borbulhas agrava a Acne.
- Apanhar sol melhora a Acne.
- A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo.
- A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.
- A Acne é originada por um conjunto de fatores.
- Ter Acne afeta o bem-estar.

- Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.
- As estratégias usadas para lidar com a Acne mudam com a idade.
- As estratégias para lidar com a Acne mudam consoante o género.
- A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

A maioria dos indivíduos discorda ou discorda mais do que concorda com as seguintes afirmações:

- A Acne deve-se à ingestão de chocolate.
- A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.

Os indivíduos dividem-se relativamente à crença de que a acne prejudica mais as mulheres do que os homens.

Desta forma torna-se claro que a maioria dos indivíduos da amostra tende a acreditar que a Acne é causada por muitos fatores, entre os quais a predisposição hereditária, as alterações hormonais e/ou psicológicas, o stresse, a ansiedade e o nervosismo têm um papel importante. Os indivíduos acreditam ainda que a Acne se deve ao excesso de oleosidade da pele, mas não ao consumo de chocolate ou produtos lácteos. Crêem igualmente que apanhar sol melhora a Acne e espremer as borbulhas agrava-a. Consideram ainda que a Acne altera o bem-estar e que prejudica mais o bem-estar de indivíduos mais jovens. Contudo, já não se observa uma opinião consensual em relação ao facto de prejudicar mais as mulheres. A convicção da amostra neste item divide-se de forma a expressar clara heterogeneidade. Acreditam contudo que as estratégias para lidar com a Acne são diferentes consoante o género e que mudam com a idade. Por último, os indivíduos da amostra encaram a Acne como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

**Tabela 5.18: Estudo II - ICA - Crenças sobre a Acne**

Amostra Total n= 367	Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
ICA1: Há uma predisposição hereditária para a Acne	53	14,44%	59	16,08%	154	41,96%	101	27,52%
ICA2: A Acne deve-se a alterações hormonais	7	1,91%	8	2,18%	119	32,42%	233	63,49%
ICA3: A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele	17	4,63%	32	8,72%	121	32,97%	197	53,68%
ICA4: A Acne deve-se à ingestão de chocolate.	103	28,07%	126	34,33%	104	28,34%	34	9,26%
ICA5: A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	158	43,05%	136	37,06%	52	14,17%	21	5,72%
ICA6: Espremer borbulhas agrava a Acne.	29	7,90%	33	8,99%	138	37,60%	167	45,50%
ICA7: Apanhar sol melhora a Acne	61	16,62%	76	20,71%	135	36,78%	95	25,89%
ICA8: A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo	22	5,99%	33	8,99%	185	50,41%	127	34,60%
ICA9: A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	13	3,54%	26	7,08%	120	32,70%	208	56,68%
ICA10: A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores	5	1,36%	9	2,45%	76	20,71%	277	75,48%
ICA11: Ter Acne altera o bem-estar	15	4,09%	14	3,81%	114	31,06%	224	61,04%
ICA12: Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	51	13,90%	85	23,16%	109	29,70%	122	33,24%
ICA13: A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	113	30,79%	92	25,07%	94	25,61%	68	18,53%
ICA14: As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade	21	5,72%	29	7,90%	141	38,42%	176	47,96%
ICA15: As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género masculino ou feminino	45	12,26%	65	17,71%	142	38,69%	115	31,34%
ICA16: A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	22	6,00%	18	4,90%	72	19,62%	255	69,48%



Numa perspetiva diferente, a tabela 5.19 sintetiza as respostas às questões relacionadas com o comportamento. Os respetivos gráficos - gráficos de ApC.17 a ApC.28 - encontram-se no apêndice C. Face aos comportamentos reportados, pode dizer-se que:

A maioria dos indivíduos concorda ou concorda mais do que discorda com as seguintes afirmações:

- Evito pensar na Acne.
- Tento abstrair-me da Acne.
- Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos.
- Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne.
- Procuro ajuda médica para a Acne.

A maioria dos indivíduos discorda ou discorda mais do que concorda com as seguintes afirmações:

- Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível.
- Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível.
- Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível.
- Uso barba para tapar a Acne o mais possível.
- Evito sair de casa quando estou com Acne.
- Evito sair à noite quando estou com Acne.
- Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne.

O comportamento dos indivíduos em relação à Acne apresenta para a totalidade do grupo com Acne um valor mínimo de 17 e máximo de 56. A comparação dos resultados em função do género dos respondentes não revela diferenças estatisticamente significativas. No grupo de Acne ligeira os valores variam entre 17 e 50. No grupo de Acne moderada ou grave, o valor mínimo é 17 e o máximo 56. Os resultados obtidos por grau de gravidade da Acne revelam uma consistência interna aceitável, com um valor de alfa de Cronbach de 0,77.

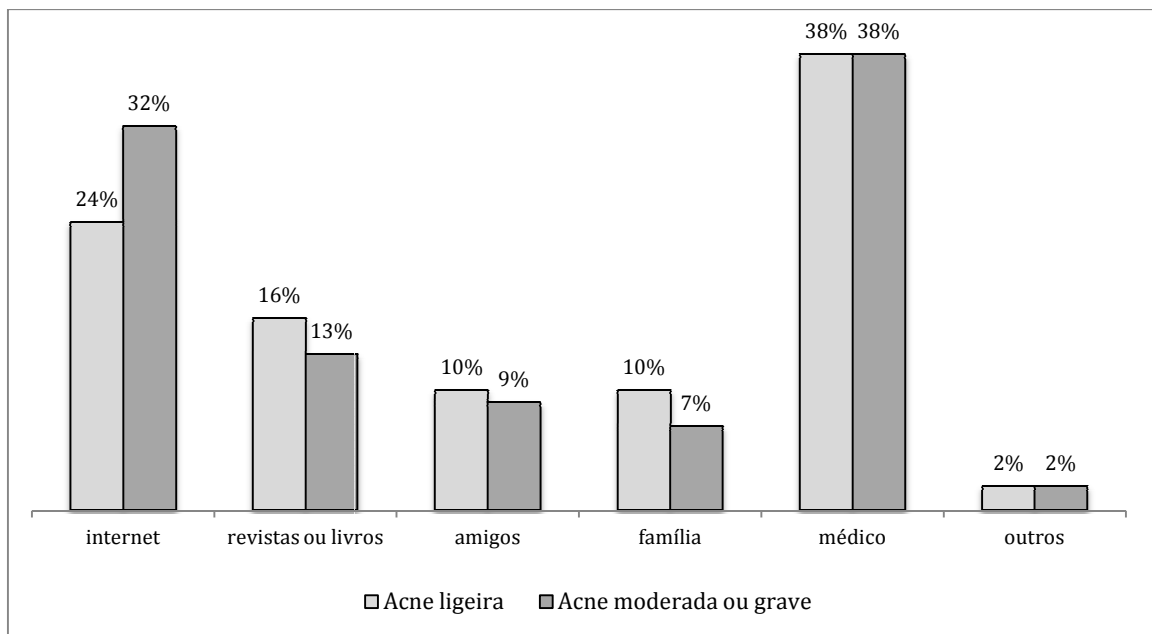
Tabela 5.19: Estudo II - ICA - Comportamentos

Grupo com Acne n= 172	Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
ICA 17. Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível.	105	61,05%	28	16,28%	24	13,95%	15	8,72%
ICA 18. Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível	76	44,19%	17	9,88%	31	18,02%	48	27,91%
ICA 19. Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível	112	65,12%	27	15,70%	17	9,88%	16	9,30%
ICA 20. Uso barba para tapar a Acne o mais possível.	26	59,09%	7	15,91%	6	13,64%	5	11,36%
ICA 21. Evito pensar na Acne.	20	11,63%	22	12,79%	68	39,53%	62	36,05%
ICA 22. Tento abstrair-me da Acne.	25	14,53%	13	7,56%	69	40,12%	65	37,79%
ICA 23. Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos.	12	6,98%	27	15,70%	71	41,28%	62	36,04%
ICA 24. Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne.	23	13,37%	40	23,26%	62	36,04%	47	27,33%
ICA 25. Evito sair de casa quando estou com Acne.	115	66,86%	28	16,28%	17	9,88%	12	6,98%
ICA 26. Evito sair à noite quando estou com Acne.	114	66,28%	24	13,95%	23	13,37%	11	6,40%
ICA 27. Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne.	108	62,79%	20	11,63%	29	16,86%	15	8,72%
ICA 28. Procuro ajuda médica para a Acne.	28	16,28%	22	12,79%	27	15,70%	95	55,23%

Desta forma, torna-se claro que a maioria dos indivíduos da amostra raramente se veste, utiliza maquilhagem ou cortes de cabelo de modo a tapar a Acne o mais possível, os homens raramente usam barba para tapar a Acne, e também não tendem a condicionar os seus comportamentos no que respeita a sair de casa, evitar sair à noite ou evitar expor-se a muitas

peessoas quando estão com Acne. Por outro lado, tendem a evitar pensar na Acne e esforçam-se por se abstrair do problema dermatológico. Optam igualmente por se centrar mais nas suas qualidades em detrimento dos seus defeitos. A maioria dos indivíduos da amostra tem o sentimento de ser compreendido nas suas preocupações e procuram ajuda médica.

Em relação à dimensão Tratamento, verifica-se que a procura de informação sobre Acne é prática de grande parte dos indivíduos, independentemente do grau de gravidade com que a percecionam: 75% dos respondentes com Acne ligeira e 83% dos têm Acne moderada ou grave. As fontes mais utilizadas são o o médico e a internet.



**Gráfico 5.9: Estudo II - ICA - Procura de informação sobre a Acne**

De igual forma, 86% dos indivíduos com Acne ligeira e 93% dos com Acne moderada ou grave, conversaram ou pediram ajuda para o seu problema de Acne, preferencialmente ao médico. Existem diferenças entre a percentagem de indivíduos que recorrem a técnicos especializados para o tratamento da Acne em função do grau de gravidade da mesma - gráfico 5.10.

No grupo de respondentes com Acne ligeira, 70% recorreram a tratamento com especialistas, contra 8% dos respondentes com Acne moderada ou grave. Destes, ou seja, dos indivíduos que recorreram a um especialista, 67% dos indivíduos com Acne ligeira e 70% dos indivíduos com Acne Moderada ou Grave escolheram um dermatologista.

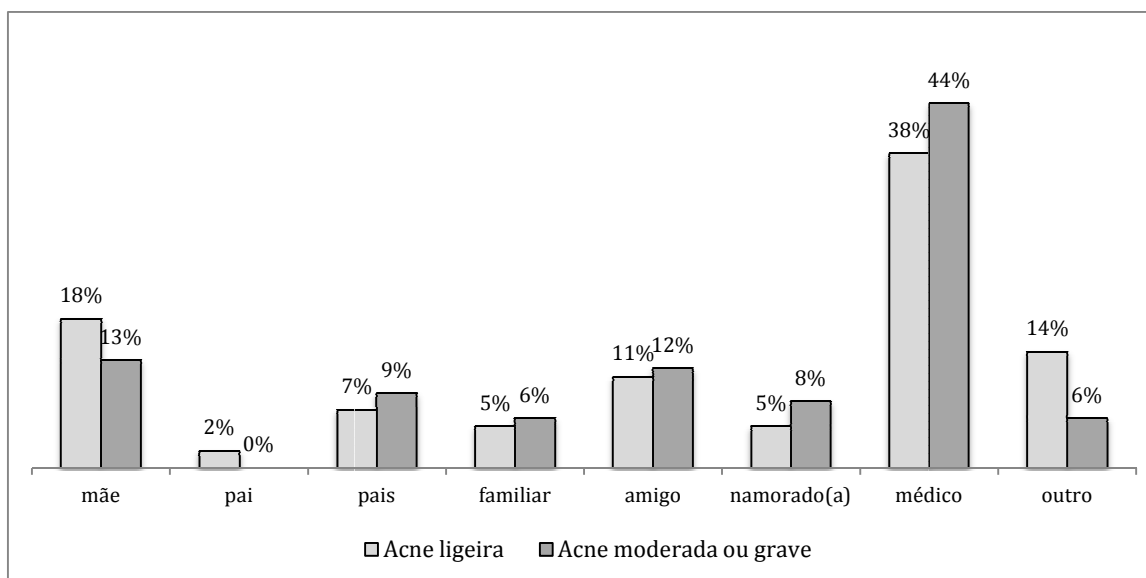


Gráfico 5.10: Estudo II - ICA - Conversa ou pedido de ajuda

O tempo que mediou entre o aparecimento da Acne e a procura de tratamento diverge em função da gravidade da mesma. 27% dos indivíduos com Acne ligeira levaram entre 3 e 6 meses e 23% entre 6 meses e 1 ano. Em relação aos indivíduos com Acne moderada ou grave, 20% demoraram menos de 3 meses a procurar tratamento e 40% demoraram mais de 2 anos - gráfico 5.11.

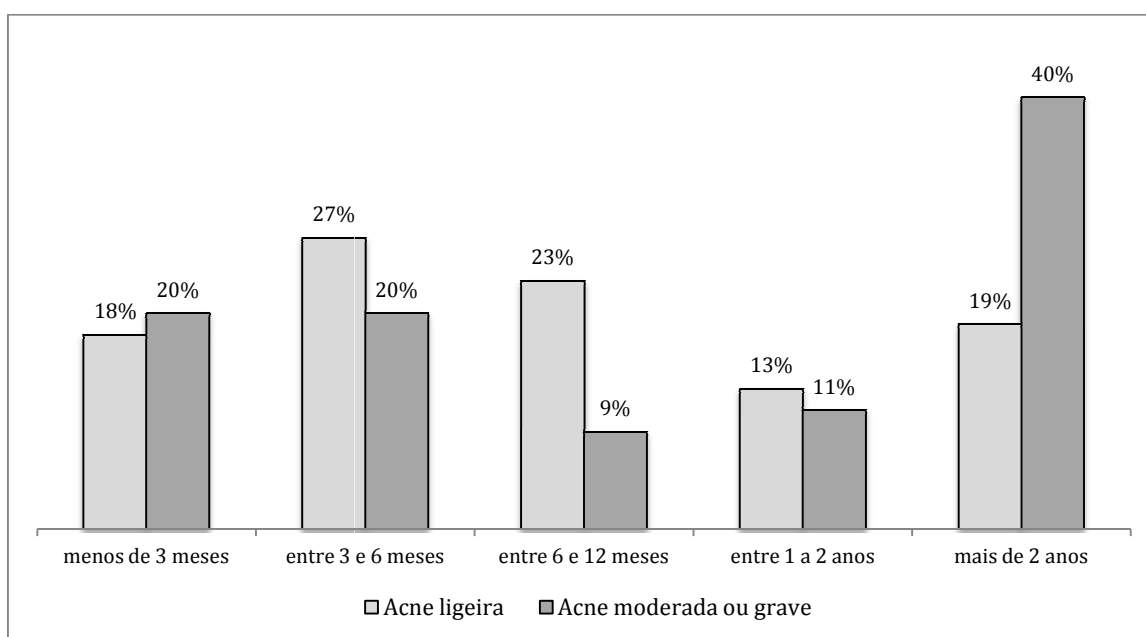


Gráfico 5.11: Estudo II - ICA - Tempo entre o aparecimento da Acne e a procura de tratamento

A primeira consulta é marcada pelo próprio em 55% e 53% dos casos (indivíduos com Acne ligeira e com Acne moderada ou grave, respetivamente) ou pela mãe (42% e 38%, respetivamente). Com alguma frequência os respondentes referem ir à consulta acompanhados (52% e 60%, respetivamente), maioritariamente pela mãe (88% e 82%, respetivamente). A maioria dos indivíduos vai sozinho às consultas de seguimento (69% dos casos com Acne ligeira e 64% dos que têm Acne moderada ou grave); quando vão acompanhados é preferencialmente pela mãe (83% e 70%, respetivamente).

À afirmação se conseguiram seguir os tratamentos que lhe foram indicados, grande parte dos indivíduos responderam que concordavam (55% dos que têm Acne ligeira e 60% dos que têm Acne moderada ou grave) ou que concordavam mais do que discordavam 29% e 24%, respetivamente - gráfico ApC.29 do apêndice C.

## **5.4 Discussão dos Resultados**

Os diferentes instrumentos utilizados no protocolo de colheita de dados permitiram a recolha de informação bastante ampla sobre o tema da investigação: a Acne e a forma como está relacionada com a vida psíquica, assim como o seu impacto nos comportamentos e atitudes adotadas.

### **5.4.1 IQV-D**

Constata-se que a qualidade de vida dermatológica do grupo de indivíduos com Acne é ligeiramente inferior à qualidade de vida dermatológica dos indivíduos que não sofrem de Acne. É contudo necessário chamar a atenção para o fato de os indivíduos sem Acne poderem ter a qualidade da sua vida dermatológica afetada por outra perturbação dermatológica existente. No estudo III este viés foi devidamente acautelado: apenas os indivíduos que declararam especificamente percecionarem ter Acne no presente é que responderam a este questionário.

Observa-se também que a qualidade de vida dermatológica se vai deteriorando à medida que a Acne se agrava. Consta-se porém que o impacto dessa deterioração é relativamente reduzido, tendo apenas um pequeno impacto na maioria dos indivíduos com Acne e apenas os indivíduos com Acne moderada ou grave revelam que esta tem um maior impacto na qualidade de vida, ainda que moderado.

Esta constatação sugere que será necessário que a Acne seja efetivamente muito grave para que possa ter um efeito potencialmente traumático. Pensa-se ainda que, para além da gravidade da Acne, poderá haver um outro fator não avaliado neste protocolo que poderá contribuir para o efeito traumático observado no contexto de prática clínica psicoterapêutica: a duração do período em que o indivíduo esteve afetado com Acne.

Destaca-se ainda que, mesmo quando o indivíduo padecia de Acne moderada ou grave, apenas a qualifica com um impacto moderado no fator SS, ou seja, “sintomas e sentimentos”. Quer isto dizer que o impacto, apesar de moderado, é circunscrito a uma área intrapessoal e intersubjetiva.

Em síntese, a qualidade de vida parece ser relativamente pouco afetada pela Acne: não tem nenhum impacto para 28% dos indivíduos com Acne e tem apenas um pequeno impacto para 47% da amostra.

#### **5.4.2 EADS-21**

O EADS pretendia averiguar a existência de índices de ansiedade, stresse e depressão patológicos no grupo de indivíduos com Acne e averiguar se esses valores eram significativamente diferentes dos apresentados no grupo de indivíduos sem Acne.

Verificou-se que existem diferenças significativas entre os indivíduos com e sem Acne no que respeita aos valores globais da escala e em cada uma das suas dimensões. Verificou-se igualmente que o grupo de indivíduos com Acne ligeira apresenta valores significativamente mais baixos que os indivíduos com Acne moderada ou grave em todas as dimensões.

Constata-se contudo que não existem índices de ansiedade, stresse, ou depressão com valores reveladores de perturbação psíquica e/ou emocional, ou seja, valores indiciadores de psicopatologia. Porém, observa-se uma vez mais que, à medida que os respondentes relatam um agravamento da Acne, estes indicadores sobem, aproximando-se mais de valores psicopatológicos nas três subescalas analisadas. Nesta etapa desta investigação pode-se pensar

que, em certos casos, a Acne pode ser induzida e/ou ativada por um estado subclínico de perturbação de ansiedade, depressão ou stresse.

O grau de gravidade com que o indivíduo avalia subjetivamente a sua experiência de Acne (ligeira *versus* moderada/grave) poderá estar associado a uma maior predisposição para apresentar níveis de depressão, ansiedade e stresse e mais elevados. No entanto, pela análise dos dados recolhidos, não se pode saber se é a condição psicopatológica dos fatores (depressão, ansiedade e stresse) que influencia a percepção de avaliação da experiência da Acne como ligeira, moderada ou grave, ou o inverso. Ou seja, não fica claro se os indivíduos com Acne moderado ou grave tendem a ter níveis de depressão, stresse e ansiedade mais elevados.

#### 5.4.3 TAS-20

Verifica-se que a maioria dos indivíduos de ambos os grupos são não alexitímicos. Contudo, uma vez mais se observou que as diferenças entre o grupo de indivíduos com Acne ligeira e o grupo de indivíduos com Acne moderada ou grave são estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ), revelando um aumento do número de indivíduos possíveis alexitímicos à medida que a Acne se agrava. Os dados recolhidos permitiram perceber que a condição de possível alexitímico está apenas associada à Acne moderada e grave.

Neste sentido, pode-se constatar que os indivíduos com Acne moderada ou grave parecem ter:

- Maior dificuldade em distinguir e separar sentimentos e sensações corporais;
- Menor controlo das emoções;
- Dificuldade em expressar os seus afetos, apesar da homogeneidade entre o grupo com Acne ligeira e o grupo com Acne moderada ou grave.

Em síntese, nos fatores 1 e 2 da TAS-20, verifica-se uma maior presença destes factores, à medida que a acne é precepcionada com maior gravidade, ou seja, quando passa de ligeira para moderada ou grave. No fator 3 isto não se verifica. Neste fator embora haja diferença entre os indivíduos sem Acne e com Acne, a percepção do agravamento da Acne, ou seja, quando esta passa de ligeira para moderada ou grave, não ocorre uma presença maior do fator 3. Podemos assim afirmar que o comportamento deste fator não se altera perante o aumento da gravidade da Acne.

#### 5.4.4 *BriefCOPE*

Ao analisar a forma como os sujeitos da amostra usam as estratégias de *coping*, conclui-se que a maioria dos indivíduos avaliados em ambos os grupos - com e sem Acne - faz uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas. Em situações de stresse os indivíduos tendem a fazer uso - pouco frequente, ou frequente - de estratégias de *coping* adaptativas.

À medida que a Acne se agrava, observa-se um aumento - intensificação - de estratégias adaptativas por parte do grupo com Acne: estratégias de *coping* por evitamento emocional. Este dado é congruente com os dados do ICA, no qual se constata que os comportamentos perante a Acne passam, entre outros, por “evitar pensar no assunto”.

#### 5.4.5 ICA

O ICA revelou-se um instrumento útil para caracterizar o grupo de indivíduos com Acne e para identificar as crenças, os comportamentos e as respostas ao tratamento.

Os indivíduos da amostra tendem a acreditar que a Acne é causada por um conjunto de muitos fatores, de entre os quais a predisposição hereditária, as alterações hormonais e/ou psicológicas, o stresse, a ansiedade e o nervosismo. Acreditam também que a Acne se deve ao excesso de oleosidade da pele, mas não ao consumo de chocolate ou produtos lácteos. Crêem ainda que apanhar sol melhora a Acne e espremer as borbulhas agrava-a.

Consideram que a Acne altera o bem-estar e que prejudica mais o bem-estar de indivíduos mais jovens. Contudo, já não se observa uma opinião consensual em relação ao facto de prejudicar mais os pacientes do sexo feminino. A opinião da amostra, neste item, divide-se de forma a expressar clara heterogeneidade. Admitem, contudo, que as estratégias para lidar com a Acne são diferentes consoante o género e que mudam com a idade. Por último, os indivíduos da amostra encaram a Acne como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

Os indivíduos com Acne raramente se vestem, utilizam maquilhagem ou cortes de cabelo de modo a tapar a Acne o mais possível. Em conformidade, os homens raramente usam barba para tapar a Acne. Também não tendem a condicionar os seus comportamentos no que respeita a sair de casa, evitar sair à noite ou evitar situações com muitas pessoas quando estão com Acne. Por outro lado, tendem a evitar pensar na Acne e esforçam-se por se abstrair do problema dermatológico. Optam igualmente por se centrarem mais nas suas qualidades em



detrimento dos seus defeitos. A maioria dos indivíduos da amostra tem o sentimento de ser compreendido nas suas preocupações e procura ajuda médica.

No que respeita ao tratamento, os indivíduos com Acne procuram informação sobre a doença junto do médico ou na internet, independentemente do grau de gravidade com que a percecionam. Conversam com alguma facilidade sobre o seu problema de Acne e pedem ajuda, preferencialmente ao médico. Mas é mais provável que apenas os indivíduos com Acne moderada ou grave solicitem ajuda médica especializada, nomeadamente a dermatologistas. Os indivíduos com Acne moderada ou grave parecem demorar mais tempo do que o grupo que percecciona ter Acne ligeira a procurar ajuda médica especializada. Pensa-se que este comportamento - protelar a procura de ajuda médica - pode estar relacionado com o agravamento da própria Acne, que não foi atempadamente sujeita a tratamento. Uma vez em acompanhamento médico especializado, estes pacientes tendem a aderir ao tratamento.

## 5.5 Conclusões

Após a análise e discussão dos resultados do estudo II, pode-se concluir que:

- A Acne parece não estar associada a condições psicopatológicas em termos psíquicos ou emocionais no que respeita à depressão, à ansiedade e ao stresse, nem à alexitimia;
- À medida que a Acne se agrava pode-se ir estruturando um quadro subclínico de perturbação ansiosa e depressiva, com predisposição alexitímica e eventualmente stressora. A este quadro associa-se diminuição da qualidade de vida dermatológica e predisposição para o incremento do uso de mecanismos de *coping* de evitamento emocional.
- O impacto na qualidade de vida dermatológica da Acne é reduzido, mas aumenta quando se trata de Acne moderado ou grave.
- Os indivíduos com Acne estão, por norma, bem informados sobre a Acne, revelando conhecimento realista sobre o assunto e capacidade de lidar com a doença utilizando estratégias de *coping* adaptativas e ajustadas, capacidade de procura de ajuda especializada e adesão ao tratamento.

Entende-se que, futuramente, a identificação das dimensões psicológicas das competências que, associadas à Acne, se revelem comprometidas, abrirá caminho para o desenvolvimento de intervenções a vários níveis e programas de promoção de saúde, progressivamente mais ajustados à população alvo (Bhate & Williams, 2013).

## Capítulo 6

### Estudo III - A vivência da Acne e as suas consequências psicológicas

#### 6.1 Introdução

No estudo III, tal como ocorreu no estudo anterior, foi elaborado um protocolo de aplicação dos questionários de autopreenchimento, que permitisse a recolha de informação pertinente para analisar a vivência subjetiva da Acne pelos seus pacientes e avaliar as suas consequências psicológicas. Aplicou-se o mesmo protocolo - quatro escalas e dois inventários, com algumas adaptações, mas a uma amostra consideravelmente maior do que no estudo anterior: 1.666 indivíduos de nacionalidade portuguesa, estudantes do ensino superior.

O *Survey monkey* hospedou os questionários *online*, de resposta anónima, que foram acedidos por 2.491 possíveis respondentes, o que resultou nas já referidas 1.666 respostas completas.

Os instrumentos aqui aplicados incorporaram algumas das conclusões do estudo anterior, no sentido da sua otimização. Entre as alterações adoptadas destacam-se: certos instrumentos passaram a ser utilizados apenas em alguns dos grupos analisados; aos grupos de indivíduos sem Acne e com Acne, foi adicionado o grupo de indivíduos que tiveram Acne; a ordem de apresentação dos instrumentos foi alterada.

O protocolo (apêndice A) foi composto por:

- Introdução - mensagem de acolhimento, apresentação e consentimento informado;
- Recolha de dados sociodemográficos;
- Questionário I - Índice Dermatológico de Qualidade de Vida (2011), IQV-D;
- Questionário II - Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (2004), EADS-21;
- Questionário III - *Brief COPE* (2004), BC;

- Questionário IV - Escala de Alexitimia de Toronto (1992), TAS-20;
- Questionário V - Inventário de crenças, comportamentos e tratamento sobre a Acne, ICA (construído nesta investigação), versão 2.0;
- Questionário VI - Escala de graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia, AAD (1991);
- Conclusão - Mensagem de agradecimento.

Os dados recolhidos dos 1.666 indivíduos que completaram as suas respostas, foram tratados estatisticamente (usando o *software* SPSS, versão 22) tendo em vista:

- A caracterização sociodemográfica da amostra;
- A formação dos três grupos desta amostra: indivíduos com Acne, indivíduos sem Acne e indivíduos que tiveram Acne;
- A análise de diferenças observáveis entre as variáveis nos três grupos.

O questionário VI (Escala de graduação da Acne da AAD), aplicado de modo adaptado permitiu a divisão dos grupos, relativamente à perceção subjetiva da Acne, em indivíduos com Acne (ligeira, moderada ou grave), indivíduos que tiveram Acne (ligeira, moderada ou grave), e indivíduos que nunca tiveram Acne. Tal como no estudo II, optou-se por juntar a Acne moderada à Acne grave, na análise dos resultados.

## 6.2 Caracterização da amostra

O estudo III foi aplicado a uma amostra de conveniência de 1.666 respondentes voluntários, 1.337 (80%) dos quais do sexo feminino e 329 do sexo masculino - tabela 6.1. Tal como aconteceu no estudo II, trata-se de uma amostra onde predominam os indivíduos do género feminino. Na sua globalidade, os respondentes desta amostra dividem-se em três grupos:

- Respondentes que consideram que têm Acne - 35%;
- Respondentes que tiveram Acne, mas consideram que não a têm no presente - 25%;
- Respondentes que referem nunca ter tido Acne - 40%.

A tabela 6.2 relewa as características da amostra no que concerne aos indivíduos que têm ou tiveram Acne.

**Tabela 6.1: Estudo III - Distribuição da amostra por grupo e género**

	Feminino		Masculino		Total	
Indivíduos sem Acne	543	81,78%	121	18,22%	664	39,86%
Indivíduos que tiveram Acne	308	73,86%	109	26,14%	417	25,03%
Indivíduos com Acne	486	83,08%	99	16,92%	585	35,11%
total	1.337	80,25%	329	19,75%	1.666	100,00%

**Tabela 6.2: Estudo III - Distribuição dos indivíduos que têm ou tiveram Acne, por gravidade da Acne**

	Acne ligeira		Acne moderada ou grave		Total
Indivíduos que tiveram Acne	213	51,08%	204	48,92%	417
Indivíduos com Acne	351	60,00%	234	40,00%	585

A idade dos respondentes varia entre os 17 e os 49 anos, sendo a média de 23,45 e o desvio padrão 6,42 - tabela ApD.1 do apêndice D. A tabela 6.3 mostra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,005$ ) nas idades dos indivíduos do grupo com Acne e do grupo sem Acne. No primeiro grupo, os valores mínimo, máximo, média e desvio padrão são de 16, de 48, de 22,47 e de 4,90, e no segundo grupo de 18, de 49, de 24,09 e de 7,27, respectivamente. No grupo de indivíduos que afirmam ter tido Acne, as idades variam entre 17 e 49, sendo a média 23,78 e o desvio padrão 6,72.

Em qualquer um dos grupos a maior percentagem de respondentes insere-se no escalão dos 20-24 anos, seguido dos menores de 20 anos. A grande diferença encontra-se no escalão etário correspondente à terceira maior percentagem: para os indivíduos sem Acne e os indivíduos que tiveram Acne, são os indivíduos maiores de 35 anos; para os indivíduos que têm Acne, é o grupo de indivíduos com idade entre os 25 e os 29 anos. Isto indica uma concentração mais

marcada dos indivíduos com Acne nos escalões etários inferiores do que na dos grupos de indivíduos que percepcionam que tiveram Acne ou consideram que nunca a tiveram - tabela ApD.2 do apêndice D.

**Tabela 6.3: Estudo III - Amostra - Valores estatísticos da idade**

		Total	Sem Acne	Teve Acne	Com Acne
N		1.666	664	417	585
Valor mínimo		16	18	17	16
Valor máximo		49	49	49	48
Média		23,45	24,09	23,78	22,47
Mediana		21,00	21,00	21,00	21,00
Desvio padrão		6,42	7,27	6,72	4,90
Sem Acne	Mann-Whitney	-	n.a.	0,84	0,005
Teve Acne	Mann-Whitney	-	-	n.a.	0,02
Com Acne	Mann-Whitney	-	-	-	n.a.

A maioria dos respondentes - 54% - frequenta o primeiro ciclo do ensino superior. Dos restantes, 14% frequentam o segundo ciclo e 6% frequentam o terceiro ciclo. Os restantes não especificaram o grau de escolaridade que se encontravam a frequentar - tabela ApD.3 do apêndice D.

As áreas de estudos mais representadas são as da saúde (33%), direito, ciências sociais e serviços (19%) e ciências (12%) - tabela ApD.4 do apêndice D. Analisando em termos de cursos, a dispersão de respostas é grande. Os dez cursos mais representados, que englobam cerca de 48% dos respondentes, são, por ordem decrescente: medicina, enfermagem, gestão, educação, psicologia, biologia, farmácia, dietética e nutrição, medicina veterinária, gestão de empresas e educação - tabela ApD.5 do apêndice D.

Um dos objectivos da caracterização sociodemográfica dos respondentes foi o de tentar perceber a estrutura do agregado familiar, procurando identificar os que têm, ou não, suporte afetivo ou rede de apoio. Daí que se tenha inquirido com quem vivem e que, ao questionar o

estado civil, se tenha dividido os solteiros entre os que têm e os que não têm namorado(a) ou parceiro(a). O suporte afetivo e a rede de apoio podem funcionar como atenuantes de uma possível experiência negativa, eventualmente traumática, associada à vivência da Acne. Os respondentes são maioritariamente solteiros, com parceiro(a) ou namorado(a) - 48%, e sem parceiro(a)/namorado(a) - 41% - tabela ApD.6 do apêndice D. Em relação ao estado civil dos pais, em 72% dos casos eram casados.

A investigação sobre a composição do agregado familiar foi elaborada através de questões de resposta múltipla. Esta abordagem teve o intuito de permitir uma resposta flexível e simultaneamente possibilitar a caracterização do maior número possível de agregados familiares. A maior parte dos respondentes mora com ambos os pais (36%), com irmãos (26%), com a mãe (10%), com marido, mulher ou companheiro(a) (9%). É de salientar a baixa percentagem de resposta em que foi assinalada a opção sozinho(a) (6%) - tabela ApD.7 do apêndice D.

Relativamente ao rendimento do agregado familiar, foi o próprio indivíduo que indicou o modo como perceciona o rendimento do seu respetivo agregado familiar. Utilizou-se para tal a classificação mais comum, que o diferencia os escalões em alto, médio e baixo. O rendimento do agregado familiar foi considerado médio por 63% dos respondentes, baixo por 35% e alto por 2% - tabela ApD.8 do apêndice D.

Na definição da amostra não foi introduzido qualquer critério geográfico, pelo que não é de estranhar que a sua distribuição pelas unidades territoriais não seja homogênea. 45% dos respondentes reside na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguindo-se o Centro e o Norte, com 18% e 13% respectivamente - figura ApD.1 do apêndice D.

### **6.3 Apresentação e análise de resultados**

No estudo III registaram-se 2.491 acessos à plataforma, 1.666 dos quais responderam à totalidade do questionário e 825 iniciaram o seu preenchimento, mas não o terminaram - tabela 6.4.

**Tabela 6.4: Estudo III - Acessos à plataforma *Survey monkey* e respostas aos questionários**

Questionários incompletos	825	33,12%
Questionários completos	1.666	66,88%
Total de acessos	2.491	100,00%

Tal como no estudo II, optou-se por integrar nos questionários avisos de obrigatoriedade de preenchimento de todos os itens e condicionar a evolução no protocolo à realização de cada resposta. Esta opção assegurou que os protocolos não foram prejudicados por lapsos ou esquecimentos no seu preenchimento. Esta metodologia permitiu também evitar haver protocolos nulos por falta de respostas ou existência de respostas inadequadas.

O estudo III visava a recolha de informação para aferir a validade das hipóteses de trabalho. Neste estudo, o protocolo de apresentação dos questionários já tinha sido trabalhado com o intuito de diminuir as suas dificuldades e/ou incongruências. O questionário ICA foi apresentado numa versão revista e ampliada, integrando as alterações suscitadas pela sua aplicação no estudo II.

Do conjunto da amostra, ou seja, dos 1666 indivíduos, foi recolhida informação genérica que permitiu a sua caracterização sociodemográfica. Foram também aplicados os questionários EADS-21 e TAS-20 e a secção das crenças sobre a Acne do ICA. Foi igualmente utilizada a Escala Americana de Graduação da Acne adaptada para este estudo, conforme descrito no capítulo 3, permitindo a divisão da amostra em três grupos: os indivíduos sem Acne, os indivíduos com Acne na altura da aplicação do protocolo e os indivíduos que não tendo Acne na altura da aplicação do protocolo, tiveram Acne no passado.

Aos grupos dos indivíduos com Acne e que tiveram Acne foram aplicados adicionalmente o *Brief COPE*, instrumento que permite avaliar as estratégias de *coping* perante uma situação stressora e a versão completa do ICA. Ao grupo com Acne foi aplicado adicionalmente o IQV-D. O quadro 6.1 resume a forma de aplicação dos instrumentos no presente estudo.



Quadro 6.1: Aplicação dos instrumentos usados no estudo III

Grupo sem Acne	Grupo que teve Acne		Grupo com Acne	
	Ligeira	Moderada/ grave	Ligeira	Moderada/grave
ICA (crenças)	ICA (total)	ICA (total)	ICA (total)	ICA (total)
			IQV-D	IQV-D
EADS-21	EADS-21	EADS-21	EADS-21	EADS-21
	<i>Brief COPE</i>	<i>Brief COPE</i>	<i>Brief COPE</i>	<i>Brief COPE</i>
TAS-20	TAS-20	TAS-20	TAS-20	TAS-20

### 6.3.1 IQV-D

A aplicação do IQV-D pretendeu recolher informação que permitisse caracterizar as implicações da Acne nos diversos vetores da qualidade de vida. No presente estudo o IQV-D foi aplicado a todos os respondentes que percecionam ter Acne, e apenas a esses. Para a análise dos resultados foram calculados os valores totais e parciais do IQV-D. Os valores parciais foram calculados para tentar identificar os aspetos da qualidade de vida mais afetados pela Acne.

#### 6.3.1.1 Apresentação de resultados globais

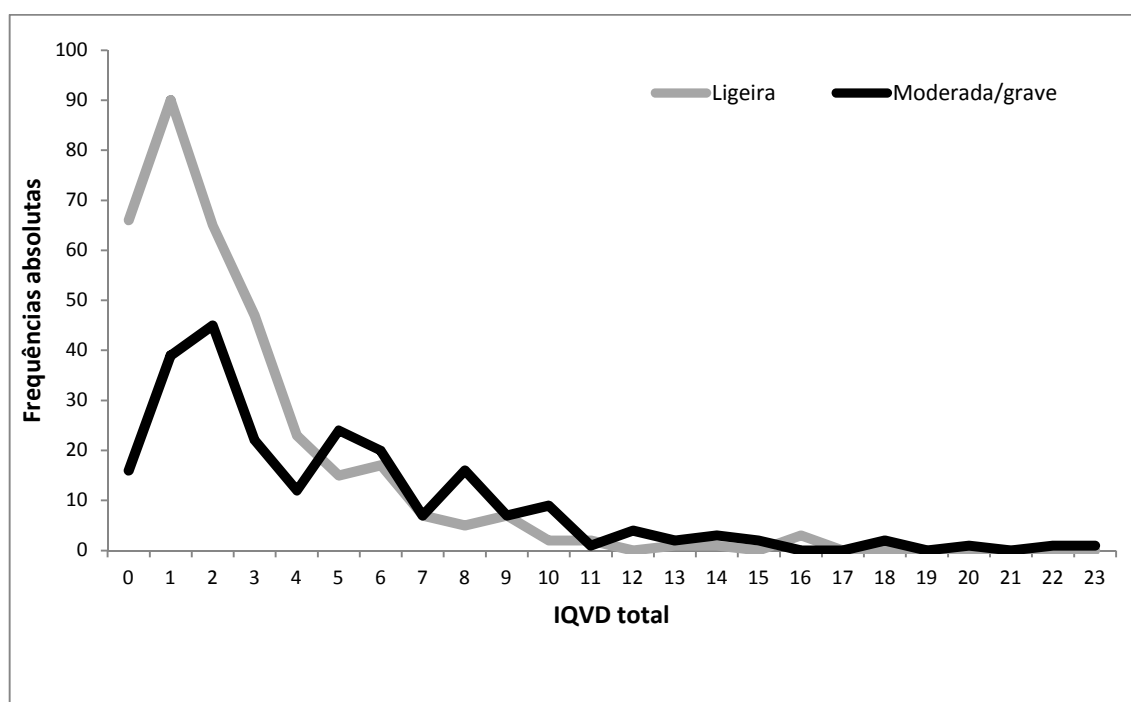
Os valores do IQV-D para a totalidade dos indivíduos com Acne variaram entre 0 e 23, com média de 3,37 e desvio padrão de 3,51, conforme os dados da tabela 6.5. Registam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com Acne ligeira e o grupo com Acne moderada ou grave ( $p < 0,001$ ). Enquanto no primeiro grupo o valor mínimo de IQV-D é 0 e o máximo 16, com média de 2,56 e desvio padrão de 2,74, no segundo grupo os valores variam entre 0 e 23, com média de 4,58 e desvio padrão de 4,14. Pela leitura do gráfico 6.1, verifica-se que as frequências são claramente superiores no grupo com Acne ligeira até ao valor 4 do IQV-D inclusivé, registando-se uma inversão dessa tendência no valor 5. A linha de distribuição de frequências do grupo com Acne moderada ou grave é mais extensa que no grupo de Acne ligeira. A inversão observada a partir do valor 5 permite perceber que, à medida que a Acne se agrava, há um aumento do impacto da mesma na qualidade de vida dos

respondentes. Nos respondentes com Acne ligeira observa-se que em cerca de 44% de pessoas a Acne não teve qualquer impacto na sua qualidade de vida.

Foi avaliado o efeito da Acne na qualidade de vida dos indivíduos, tendo por base o valor de IQV-D. O gráfico 6.1 evidencia que a percentagem de respondentes, cuja experiência da vivência da Acne não teve praticamente nenhum efeito, é bastante elevada e claramente superior no grupo com Acne ligeira.

**Tabela 6.5: Estudo III - Estatísticas do IQV-D Total para o grupo com Acne, por grau de gravidade**

	Total	Acne ligeira	Acne moderada ou grave
N	585	351	234
Mínimo - Máximo	0 - 23	0 - 16	0 - 23
Média	3,37	2,56	4,58
Mediana	2	2	3
Desvio padrão	3,51	2,74	4,14
Mann-Whitney (p-value)	-	p<0,001	
Alfa Cronbach	0,81	0,77	0,83

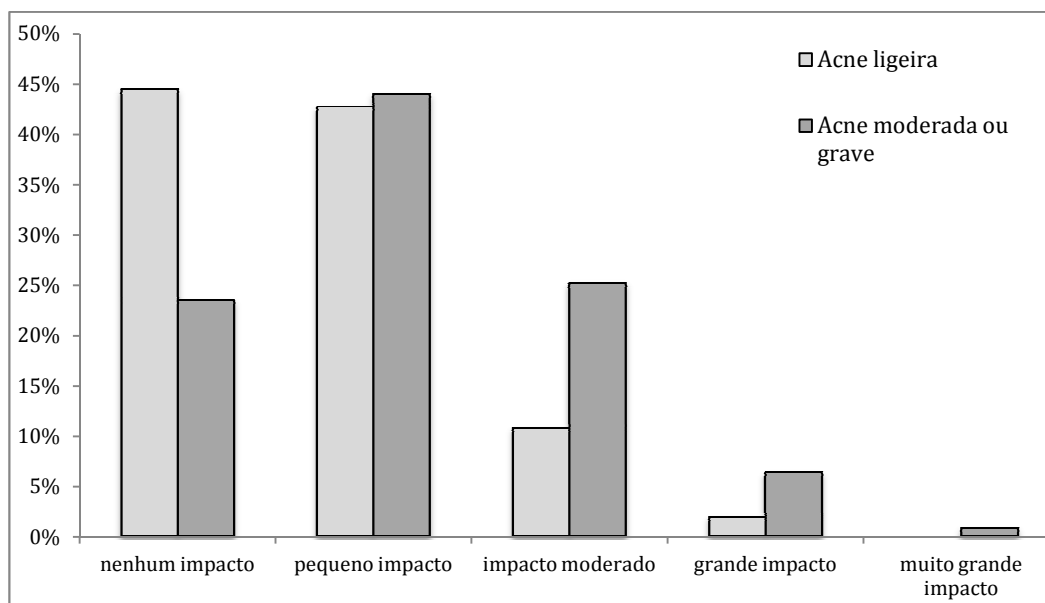


**Gráfico 6.1: Estudo III - Frequências dos valores de IQV-D total segundo a gravidade da Acne**

Analisando os resultados do IQV-D à luz da escala de interpretação de Hongbo et al. (2005), apresentada no capítulo 3, constata-se que a proporção de indivíduos com pequeno impacto da gravidade da Acne na qualidade de vida é similar nos grupos com Acne ligeira e com Acne moderada ou grave. Nos impactos maiores, os valores são sempre superiores no grupo com Acne moderada ou grave - tabela 6.6 e gráfico 6.2.

**Tabela 6.6: Estudo III - Frequências do IQV-D por grau de gravidade da Acne e efeitos na vida do indivíduo**

<b>Resultados no IQV-D Total</b>	<b>Acne ligeira</b>	<b>Acne moderada ou grave</b>	<b>Total</b>	<b>Interpretação</b>
Entre 0 e 1	156 44,44%	55 23,50%	211 36,07%	Nenhum impacto
Entre 2 e 5	150 42,74%	103 44,02%	253 43,25%	Pequeno impacto
Entre 6 e 10	38 10,83%	59 25,21%	97 16,58%	Impacto moderado
Entre 11 e 20	7 1,99%	15 6,41%	22 3,76%	Grande impacto
Entre 21 e 30	0 0,00%	2 0,86%	2 0,34%	Muito grande impacto
Média	2,56	4,58		Pequeno impacto



**Gráfico 6.2: Estudo III - IQD-V por grau de gravidade da Acne e efeitos na vida do indivíduo**

Verifica-se uma associação entre a gravidade da Acne e os seus efeitos na qualidade de vida dos respondentes. Tendo em consideração os valores globais da escala, pode-se constatar que:

- O grupo de indivíduos que declararam ter Acne ligeira evidenciou sofrer um pequeno impacto na qualidade de vida associado à vivência da Acne. O valor médio é de 2,56, estando portanto enquadrado no intervalo entre 2 e 5, que delimita o pequeno impacto.
- O grupo de indivíduos que declararam ter Acne moderada ou grave revelou sofrer igualmente um pequeno impacto na qualidade de vida associado à vivência da Acne. O valor médio é de 4,58, estando pois enquadrado igualmente entre 2 e 5, que demarca um pequeno impacto.
- Apesar de em ambos os grupos se terem registado evidências de que a Acne causa apenas um pequeno impacto na qualidade de vida, é relevante o facto de, no grupo com Acne moderada ou grave, o valor médio ser mais elevado, posicionando-se próximo do valor mais elevado do intervalo, enquanto no grupo com Acne ligeira o valor médio se aproxima do valor inferior do intervalo.
- A diferença entre as médias é estatisticamente significativa.

- Verifica-se que a qualidade de vida é significativamente inferior no grupo que tem Acne moderada ou grave comparativamente com o que tem Acne ligeira e pode-se inferir que essa alteração se deve à vivência da Acne.

A consistência interna do IQV-D revela valores elevados para todos os grupos em análise - 0,81 para o total do grupo que tem Acne, 0,77 para quem tem Acne ligeira e 0,83 para quem tem Acne moderada ou grave - pelo que se pode afirmar que estamos perante uma boa consistência interna do questionário, ou seja, as suas qualidades métricas a este nível não foram alteradas.

#### **6.3.1.2 Apresentação de resultados e análise de subescalas**

Analisando os resultados das seis subescalas - tabela ApD.9 do apêndice D - observa-se que todos os resultados parciais do IQV-D revelam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$  em todos, com exceção de IQV-D tratamento com  $p = 0,003$ ). Observa-se, portanto, uma menor qualidade de vida associada à condição dermatológica em todos os fatores investigados no grupo com Acne moderada ou grave.

Comparando as médias de cada resultado parcial do IQV-D no grupo de Acne ligeira e no grupo de Acne moderada ou grave, as diferenças mais acentuadas entre as médias registam-se no IQV-D SS - sintomas e sentimentos. Com base nas diferenças mais acentuadas que se encontram no IQV-D SS, pode-se considerar que o impacto na qualidade tem reflexos mais graves no que concerne aos sintomas e sentimentos. As atividades quotidianas, o lazer e as relações pessoais são as menos afetadas pela Acne.

#### **6.3.2 EADS-21**

No presente estudo, a EADS-21 foi aplicada a todos os respondentes. No tratamento estatístico foi analisada a existência ou não de diferenças significativas entre as médias dos três grupos no que respeita aos valores globais e parciais das três dimensões: depressão, stresse e ansiedade. Para além da identificação das diferenças significativas entre as médias, os dados - globais e das 3 diferentes dimensões - foram convertidos e estratificados em patamares qualitativos que enquadram cada um dos indivíduos num crescendo de intensidade na devida dimensão. Após a estratificação foi realizada a contagem de ocorrências em cada um dos patamares e calculada a respetiva percentagem.

As tabelas 6.7, 6.8, 6.9 e 6.10 apresentam, por grupo e grau de gravidade da Acne, os dados estatísticos dos EADS total e das dimensões da ansiedade, da depressão e do stresse. A tabela 6.11 contém os valores de Mann-Whitney para aos diferentes grupos nos EADS total e nas dimensões de ansiedade, depressão e stresse.

**Tabela 6.7: Estudo III- Estatísticas do EADS-21 - Total por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	0,00	63,00	11,51	9,00	11,04	0,94
Grupo sem Acne		664	0,00	59,00	10,83	8,00	9,89	0,93
Grupo que teve Acne	total	417	0,00	63,00	11,27	8,00	11,00	0,94
	ligeira	213	0,00	62,00	10,59	8,00	10,43	0,94
	moderada ou grave	204	0,00	63,00	11,97	9,00	11,54	0,95
Grupo com Acne	total	585	0,00	61,00	12,46	9,00	12,20	0,95
	ligeira	351	0,00	58,00	11,91	9,00	11,63	0,95
	moderada ou grave	234	0,00	61,00	13,29	9,00	12,99	0,95

**Tabela 6.8: Estudo III - Estatísticas do EADS-21-A - Ansiedade por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	0,00	21,00	2,61	2,00	3,20	0,79
Grupo sem Acne		664	0,00	18,00	2,41	1,00	2,96	0,76
Grupo que teve Acne	total	417	0,00	21,00	2,57	1,00	3,21	0,79
	ligeira	213	0,00	20,00	2,21	1,00	2,82	0,75
	moderada ou grave	204	0,00	21,00	2,95	2,00	3,54	0,81
Grupo com Acne	total	585	0,00	20,00	2,87	2,00	3,43	0,80
	ligeira	351	0,00	19,00	2,80	2,00	3,33	0,80
	moderada ou grave	234	0,00	20,00	2,97	2,00	3,58	0,81

**Tabela 6.9: Estudo III - Estatísticas do EADS-21-D - Depressão por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	0,00	21,00	3,50	2,00	4,36	0,91
Grupo sem Acne		664	0,00	21,00	3,19	2,00	3,89	0,89
Grupo que teve Acne	total	417	0,00	21,00	3,36	2,00	4,33	0,91
	ligeira	213	0,00	21,00	3,35	2,00	4,41	0,91
	moderada ou grave	204	0,00	21,00	3,36	2,00	4,27	0,91
Grupo com Acne	total	585	0,00	21,00	3,94	2,00	4,83	0,92
	ligeira	351	0,00	20,00	3,60	2,00	4,52	0,91
	moderada ou grave	234	0,00	21,00	4,44	3,00	5,22	0,93

**Tabela 6.10: Estudo III - Estatísticas do EADS-21-S - Stresse por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	0,00	21,00	5,40	5,00	4,74	0,91
Grupo sem Acne		664	0,00	21,00	5,23	4,50	4,43	0,89
Grupo que teve Acne	total	417	0,00	21,00	5,34	4,00	4,69	0,90
	ligeira	213	0,00	21,00	5,04	4,00	4,47	0,90
	moderada ou grave	204	0,00	21,00	5,65	5,00	4,91	0,91
Grupo com Acne	total	585	0,00	21,00	5,65	5,00	5,11	0,92
	ligeira	351	0,00	21,00	5,50	5,00	4,88	0,91
	moderada ou grave	234	0,00	21,00	5,88	5,00	5,43	0,93

Tabela 6.11: Estudo III - EADS-21 - Valor Mann-Whitney (p-value)

Valor p	EADS	Comparação
0,24	Total	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,33	Total	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,98	Total	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,30	Total	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,26	Total	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave
0,05	Ansiedade	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,16	Ansiedade	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,73	Ansiedade	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,64	Ansiedade	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,04	Ansiedade	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave
0,09	Depressão	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,18	Depressão	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,90	Depressão	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,03	Depressão	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,95	Depressão	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave
0,56	Stresse	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,66	Stresse	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,97	Stresse	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,66	Stresse	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,20	Stresse	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave

Na dimensão ansiedade há diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que tiveram Acne ligeira e os indivíduos que tiveram Acne moderada ou grave ( $p=0,04$ ). Na dimensão depressão há diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com Acne ligeira e os indivíduos com Acne moderada ou grave ( $p=0,03$ ). Na dimensão stresse não há diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com Acne ligeira e os indivíduos



com Acne moderada ou grave, nem entre os indivíduos que tiveram Acne ligeira e os que tiveram Acne moderada ou grave.

Os valores totais registados pelos indivíduos que tiveram Acne moderada ou grave são superiores aos do grupo de indivíduos que tiveram Acne ligeira. No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas.

Os indivíduos do grupo com Acne ligeira registam valores globais inferiores aos do grupo com Acne moderada ou grave - máximo, média e desvio padrão. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas. A consistência interna oscila entre os 0,93 e os 0,95, nos vários grupos.

Relativamente aos grupos de indivíduos que tiveram ou têm Acne, não se observam diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta o grau de gravidade da Acne percecionada pelos respondentes. Pela leitura das tabelas referidas anteriormente, pode-se constatar que não se observam diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das dimensões - depressão, ansiedade e stresse - nem no valor global da escala. Os valores de consistência interna analisados pelo alfa de Cronbach encontram-se dentro do esperado e são bons.

O valor global não é passível de interpretação qualitativa, apenas de análise estatística. Contudo, os valores parciais - valores por dimensão - podem ser convertidos de acordo com a classificação de Lovibond e Lovibond (1995), contida na tabela 3.1 do capítulo 3.

Na tabela 6.12 apresentam-se os valores de frequência com as dimensões da ansiedade, da depressão e do stresse e as respetivas percentagens das incidências nos cinco escalões de severidade da EADS.

Da análise da tabela 6.12. constata-se que:

- A esmagadora maioria dos respondentes em todos os grupos apresentam resultados nas subescalas de ansiedade, depressão e stresse dentro de valores normais. Em todos os grupos o valor de respondentes com classificação “normal” é superior a 68%.
- Nas dimensões de ansiedade e stresse, o grupo que apresenta a percentagem de respondentes mais elevada com a classificação “normal” é o grupo de indivíduos sem Acne. Na dimensão de depressão, é o grupo de indivíduos que teve Acne.
- Nas três dimensões, o grupo que apresenta a percentagem de respondentes mais baixa com classificação “normal” é o grupo de indivíduos com Acne.

**Tabela 6.12: Estudo III - Distribuição dos indivíduos pelos cinco escalões da EADS,  
dimensão do EADS e grupo de análise da amostra**

		Normal	Ligeiro	Moderado	Grave	Muito grave
<b>Ansiedade</b>	Grupo sem Acne	506 76,20%	76 11,45%	38 5,72%	20 3,01%	24 3,61%
	Grupo que teve Acne	307 73,62%	50 11,99%	31 7,43%	12 2,88%	17 4,08%
	Grupo com Acne	403 68,89%	84 14,36%	47 8,03%	22 3,76%	29 4,96%
	Total	1.216 72,99%	210 12,61%	116 6,96%	54 3,24%	70 4,20%
<b>Depressão</b>	Grupo sem Acne	498 75,00%	63 9,49%	60 9,04%	20 3,01%	23 3,46%
	Grupo que teve Acne	315 75,54%	37 8,87%	34 8,15%	11 2,64%	20 4,80%
	Grupo com Acne	401 68,55%	53 9,06%	68 11,62%	21 3,59%	42 7,18%
	Total	1.214 72,87%	153 9,18%	162 9,72%	52 3,12%	85 5,10%
<b>Stresse</b>	Grupo sem Acne	486 73,19%	70 10,54%	61 9,19%	34 5,12%	13 1,96%
	Grupo que teve Acne	304 72,90%	50 11,99%	23 5,52%	28 6,71%	12 2,88%
	Grupo com Acne	409 69,91%	50 8,55%	54 9,23%	51 8,72%	21 3,59%
	Total	1.199 71,9%	170 10,20%	138 8,28%	113 6,78%	46 2,76%

Pode-se assim afirmar que o grupo de indivíduos com Acne e o grupo de indivíduos que teve Acne não se diferenciam entre si, nem se diferenciam do grupo de indivíduos sem Acne no que respeita à intensidade da ansiedade. A tabela 6.13 mostra a distribuição dos indivíduos pelos cinco escalões de severidade da EADS - normal, ligeiro, moderado, grave e muito grave

- nas três dimensões da EADS, ansiedade, depressão e stresse - mas apenas no grupo dos indivíduos com Acne - ligeira e moderada ou grave - e no grupo dos indivíduos que tiveram Acne - ligeira e moderada.

**Tabela 6.13: Estudo III - Distribuição dos indivíduos pelos escalões de severidade nas três dimensões da EADS, por grau de gravidade da Acne**

			Normal	Ligeiro	Moderado	Grave	Muito grave
Ansiedade	Grupo que teve Acne	ligeira	160 75,12%	29 13,62%	17 7,98%	2 0,94%	5 2,35%
		moderada ou grave	147 72,06%	21 10,29%	14 6,86%	10 4,90%	12 5,88%
	Grupo com Acne	ligeira	244 69,52%	54 15,38%	21 5,98%	15 4,27%	17 4,84%
		moderada ou grave	159 67,95%	30 12,82%	26 11,11%	7 2,99%	12 5,13%
Depressão	Grupo que teve Acne	ligeira	164 77,00%	20 9,39%	12 5,63%	5 2,35%	12 5,63%
		moderada ou grave	151 74,02%	17 8,33%	22 10,78%	6 2,94%	8 3,92%
	Grupo com Acne	ligeira	252 71,79%	26 7,41%	35 9,97%	18 5,13%	20 5,70%
		moderada ou grave	149 63,68%	27 11,54%	33 14,10%	3 1,28%	22 9,40%
Stresse	Grupo que teve Acne	ligeira	167 78,40%	19 8,92%	7 3,29%	16 7,51%	4 1,88%
		moderada ou grave	137 67,16%	31 15,20%	16 7,84%	12 5,88%	8 3,92%
	Grupo com Acne	ligeira	249 70,94%	34 9,69%	29 8,26%	30 8,55%	9 2,56%
		moderada ou grave	160 68,38%	16 6,84%	25 10,68%	21 8,97%	12 5,13%

A maioria dos indivíduos com Acne ou que percepcionam que tiveram Acne pertence ao escalão “normal” de severidade da EADS, nas três dimensões - depressão, ansiedade e stresse.

### 6.3.3 TAS-20

Tal como aconteceu com a EADS-21, a TAS-20 foi aplicada à amostra total, pelo que se recolheram dados que permitiram comparar os três grupos - indivíduos sem Acne, com Acne e que tiveram Acne. Para esta escala efectuou-se a análise estatística do valor total e dos três fatores, e, posteriormente, converteram-se os valores em dados qualitativos, que permitiram enquadrar cada indivíduo num dos três patamares qualitativos - não alexitímico, possível alexitímico e alexitímico - tendo-se procedido à contagem de ocorrências e cálculo.

De acordo com as indicações dos autores da escala, descritas no capítulo 3, foram encontrados os valores totais da escala e de cada um dos seus três fatores.

- Fator 1: Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção;
- Fator 2: Dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros;
- Fator 3: Estilo de pensamento orientado para o exterior.

As tabelas 6.14, 6.15, 6.16 e 6.17 apresentam, por grupo e grau de gravidade da Acne, os dados estatísticos do TAS-20 total e dos seus três fatores. A tabela 6.18 contém os valores do teste de Mann-Whitney resultante da comparação dos diferentes grupos de Acne na TAS-20 total e nos três fatores.

**Tabela 6.14: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Total por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	20,00	86,00	49,33	49,00	13,21	0,84
Grupo sem Acne		664	20,00	85,00	47,84	47,00	13,16	0,85
Grupo que teve Acne	total	417	21,00	86,00	48,79	47,00	13,28	0,84
	ligeira	213	21,00	80,00	49,00	48,00	13,00	
	moderada ou grave	204	21,00	86,00	48,57	47,00	13,59	
Grupo com Acne	total	585	20,00	85,00	51,40	51,00	12,96	0,81
	ligeira	351	20,00	85,00	50,30	49,00	12,84	
	moderada ou grave	234	20,00	85,00	53,05	53,50	13,00	

**Tabela 6.15: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Fator 1 por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	7,00	35,00	16,00	16,00	7,22	0,88
Grupo sem Acne		664	7,00	35,00	15,81	15,00	6,93	0,87
Grupo que teve Acne	total	417	7,00	35,00	15,98	16,00	7,21	0,89
	ligeira	213	7,00	35,00	15,99	16,00	7,01	
	moderada ou grave	204	7,00	35,00	15,96	15,00	7,42	
Grupo com Acne	total	585	7,00	35,00	17,05	17,00	7,49	0,88
	ligeira	351	7,00	35,00	16,57	17,00	7,35	
	moderada ou grave	234	7,00	35,00	17,76	18,00	7,66	

**Tabela 6.16: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Fator 2 por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	5,00	25,00	13,41	13,00	5,14	0,78
Grupo sem Acne		664	5,00	25,00	13,15	13,00	5,02	0,78
Grupo que teve Acne	total	417	5,00	25,00	13,18	13,00	5,17	0,78
	ligeira	213	5,00	25,00	13,23	13,00	5,05	
	moderada ou grave	204	5,00	24,00	13,13	13,00	5,31	
Grupo com Acne	total	585	5,00	25,00	13,87	13,00	5,20	0,77
	ligeira	351	5,00	25,00	13,46	13,00	5,20	
	moderada ou grave	234	5,00	25,00	14,48	15,00	5,19	

**Tabela 6.17: Estudo III - Estatística do TAS-20 - Fator 3 por grupo e grau de gravidade da Acne**

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
Total		1.666	8,00	33,00	19,64	20,00	4,49	0,39
Grupo sem Acne		664	8,00	32,00	18,89	19,00	4,45	0,46
Grupo que teve Acne	total	417	8,00	31,00	19,64	20,00	4,59	0,40
	ligeira	213	8,00	29,00	19,79	20,00	4,54	
	moderada ou grave	204	8,00	31,00	19,49	20,00	4,64	
Grupo com Acne	total	585	8,00	33,00	20,49	21,00	4,32	0,27
	ligeira	351	8,00	32,00	20,27	21,00	4,30	
	moderada ou grave	234	8,00	33,00	20,81	21,00	4,33	

Os valores totais da TAS-20, para os 1.666 indivíduos que constituem a amostra total, variam entre 20 e 86, sendo a média 49,33 e o desvio padrão de 13,21. A consistência interna dos resultados dos vários grupos é boa: 0,84 para o total da amostra, 0,81 para o grupo com Acne, 0,85 para o grupo que teve Acne e 0,85 para o grupo sem Acne. Existem diferenças significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne, e entre os grupos com Acne e sem Acne, no que respeita aos valores totais da TAS-20 ( $p=0,04$  e  $p<0,001$ , respetivamente). Não existem diferenças significativas entre o grupo que teve Acne e o grupo sem Acne no que respeita aos valores totais da TAS-20. Pela análise dos resultados totais, tendo em conta os valores de média e mediana, observam-se diferenças significativas entre os indivíduos com Acne ligeira e os indivíduos com Acne moderada ou grave ( $p=0,01$ ). Contudo, já não se observam diferenças significativas, tendo em conta a gravidade da Acne, no grupo que teve Acne.

Tabela 6.18: Estudo III - TAS-20 - Valor Mann-Whitney (p-value)

Valor p	TAS-20	Comparação
<0,001	Total	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,04	Total	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,24	Total	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,01	Total	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,67	Total	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave
0,005	Fator 1	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
<0,001	Fator 1	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,08	Fator 1	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,06	Fator 1	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,83	Fator 1	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave
0,02	Fator 2	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,22	Fator 2	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
1,00	Fator 2	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,02	Fator 2	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,77	Fator 2	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave
<0,001	Fator 3	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,01	Fator 3	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,02	Fator 3	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,17	Fator 3	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,41	Fator 3	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave

No fator 1 da TAS-20, que avalia a dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne, e entre os grupos sem Acne e com Acne (respetivamente com  $p < 0,001$  e  $p = 0,005$ ). Não se registam diferenças significativas entre os grupos sem Acne e que tiveram Acne. Observa-se ainda que não existem diferenças significativas em relação à gravidade da Acne nos grupos com Acne e que tiveram Acne.

No fator 2 da TAS-20, que avalia a dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne, nem entre os grupos sem Acne e os que tiveram Acne, para a totalidade da amostra. Apenas se observam diferenças significativas entre o grupo sem Acne e o grupo com Acne, ( $p=0.02$ ). Existem diferenças significativas em relação à gravidade da Acne no grupo com Acne ( $p=0.002$ ), mas não no grupo que teve Acne.

No fator 3 da TAS-20, que avalia o estilo de pensamento orientado para o exterior, para a totalidade da amostra, existem diferenças significativas entre o grupo com Acne e o grupo que teve Acne ( $p=0.01$ ). Neste fator, não existem diferenças significativas em relação à gravidade da Acne em nenhum dos grupos.

Os indivíduos foram então classificados em função do grau de Alexitímia, de acordo com o quadro 3.7 do capítulo 3. Analisando a tabela 6.19, constata-se que no conjunto da amostra a maioria dos respondentes integra a classe “não alexitímico”. A maior percentagem de indivíduos alexitímicos está contida no grupo de indivíduos com Acne. Os gráficos 6.3 e 6.4 ilustram a distribuição da alexitímia no total da amostra e nos grupos sem Acne, com Acne e que tiveram Acne.

**Tabela 6.19: Estudo III - Distribuição dos indivíduos por intensidade da alexitímia por grupo de Acne**

	Total	Sem Acne	Teve Acne			Com Acne		
			Total	ligeira	moderada ou grave	total	ligeira	moderada ou grave
Não alexitímico	941 56,48%	402 60,54%	236 56,59%	120 56,34%	116 56,86%	303 51,79%	196 55,84%	107 45,73%
Possível alexitímico	345 20,71%	138 20,78%	92 22,06%	47 22,07%	45 22,06%	115 19,66%	69 19,66%	46 19,66%
Alexitímico	380 22,81%	124 18,67%	89 21,34%	46 21,6%	43 21,08%	167 28,55%	86 24,50%	81 34,62



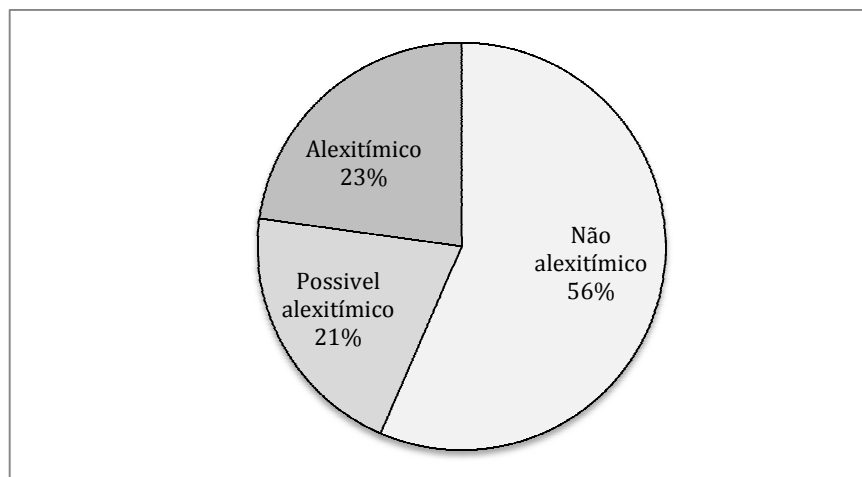


Gráfico 6.3: Estudo III - TAS-20 - Distribuição da amostra total por intensidade da alexitimia

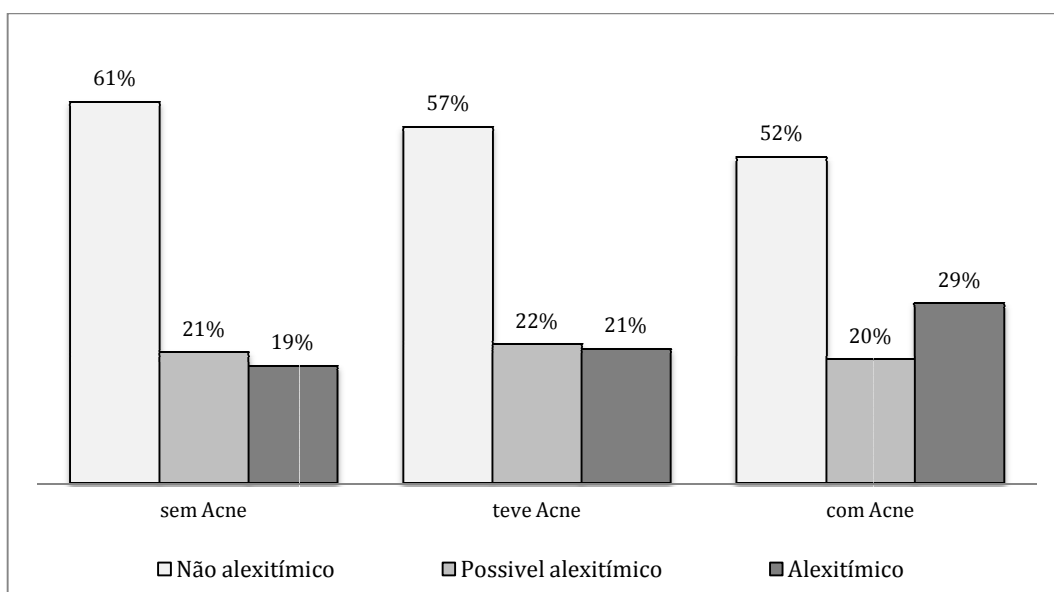


Gráfico 6.4: Estudo III - TAS 20 - Distribuição da amostra por grupos de Acne e intensidade da alexitimia

Em síntese, poder-se-á afirmar que:

- Tendo em conta os valores globais da TAS-20, existe uma associação estatisticamente significativa entre o grupo de Acne e a intensidade da alexitimia. Existem diferenças significativas entre os grupos sem Acne, com Acne e que tiveram Acne. Contudo, a maioria dos indivíduos em qualquer um destes grupos é considerado não alexitímico. Os indivíduos alexitímicos no seu conjunto

correspondem apenas a aproximadamente 23% da amostra. No grupo com Acne observa-se a maior densidade de indivíduos alexitímicos - cerca de 29% da amostra. No grupo que teve Acne, observa-se a maior densidade de indivíduos possivelmente alexitímicos - cerca de 22% da amostra.

- Observa-se um número crescente de indivíduos alexitímicos e possivelmente alexitímicos à medida que a Acne se agrava no grupo com Acne. Contudo, a maioria dos indivíduos continua a ser não alexitímico. Existem diferenças significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne no que respeita aos valores totais da TAS-20, comparando os respondentes que enquadraram a sua Acne como ligeira e moderada ou grave.
- O grupo que teve Acne não se distingue do grupo sem Acne nos fatores 1 e 2.
- O grupo com Acne está associado a uma maior tendência para incluir indivíduos classificados como alexitímicos ou possivelmente alexitímicos. Existem diferenças significativas apenas em relação ao fator 2, quando se comparam os indivíduos com Acne ligeira e Acne moderada ou grave. Constata-se que, à medida que a Acne se agrava, aumenta o número de respondentes alexitímicos e possivelmente alexitímicos, ou seja, indivíduos que tendem a ter mais dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros.
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne em função da gravidade. Existem diferenças estatisticamente significativas quando, no grupo com Acne, se comparam os que percecionam a Acne como ligeira, com os que a sentem como moderada ou grave ( $p=0,01$ ).

#### 6.3.4 *BriefCOPE*

As subescalas do *BriefCOPE* foram agrupadas de acordo com dois critérios fundamentais e sustentados por Schnider e Elhai (2007), patentes no quadro 3.4 do capítulo 3. No primeiro critério foram formados agrupamentos que definem estratégias adaptativas *versus* estratégias não adaptativas, enquanto o segundo agrupou as subescalas de forma a definir estilos particulares de estratégias de *coping*, nomeadamente o foco no problema, a ativação emocional e o evitamento emocional. No presente estudo, este questionário foi aplicado apenas aos indivíduos que declararam terem tido Acne e aos que declararam ter Acne no presente. Não fazia sentido, no contexto deste trabalho, solicitar ao indivíduo que indicasse o tipo de

estratégias utilizadas para lidar com o stresse relacionado com a Acne, quando ele declarava não ter Acne, nem nunca ter tido Acne.

As tabelas 6.20 e 6.21 apresentam os valores estatísticos obtidos, tendo em conta o critério dos mecanismos de *coping* adaptativo *versus* mecanismos de *coping* não adaptativo, nos grupos de indivíduos com Acne e que tiveram Acne. Cerca de 64% dos indivíduos que tiveram Acne (mas não a têm no momento em que responderam ao questionário) e 68% dos indivíduos com Acne mostraram ter uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas - tabela 6.22. Portanto, a maioria dos indivíduos revela uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas e uma utilização média de estratégias adaptativas, isto é, utilizam mais frequentemente estratégias adaptativas do que não adaptativas. É ainda de notar que esta tendência se acentua, dois pontos percentuais, no grupo de indivíduos com Acne. Constatase que não existem diferenças significativas entre o grupo com Acne e o grupo que teve Acne no que respeita à frequência de utilização do *coping* adaptativo, nem do *coping* não adaptativo - tabela 6.23.

Tabela 6.20: Estudo III - Estatísticas do *BriefCOPE* por subescala e grupo, nas estratégias adaptativas

Estratégias Adaptativas		Total N=1.002	Grupo que teve Acne			Grupo com Acne		
			Total n=417	Ligeira n=213	Moderada ou grave n=204	Total n=585	Ligeira n=351	Moderada ou grave n=234
COPE CA	Percentagem	28,1%	30,0%	29,1%	30,9%	26,8%	25,6%	28,6%
	Média	4,30	4,37	4,28	4,46	4,25	4,17	4,38
	Desvio padrão	1,84	1,91	1,87	1,96	1,78	1,76	1,80
COPE SE	Percentagem	16,4%	19,2%	17,4%	21,1%	14,4%	15,1%	13,2%
	Média	3,56	3,72	3,65	3,80	3,45	3,40	3,52
	Desvio padrão	1,71	1,82	1,74	1,89	1,63	1,65	1,59
COPE SI	Percentagem	11,1%	12,9%	13,1%	12,7%	9,7%	9,1%	10,7%
	Média	3,26	3,30	3,29	3,31	3,23	3,13	3,37
	Desvio padrão	1,55	1,62	1,60	1,65	1,50	1,48	1,53
COPE RP	Percentagem	20,2%	23,5%	21,1%	26,0%	17,8%	18,5%	16,7%
	Média	3,80	3,97	3,92	4,03	3,67	3,66	3,70
	Desvio padrão	1,76	1,82	1,77	1,87	1,72	1,75	1,67
COPE P	Percentagem	23,4%	25,7%	22,1%	29,4%	21,7%	20,8%	23,1%
	Média	3,95	4,06	3,95	4,18	3,86	3,80	3,95
	Desvio padrão	1,83	1,91	1,85	1,98	1,77	1,74	1,82
COPE H	Percentagem	6,9%	8,9%	9,4%	8,3%	5,5%	4,3%	7,3%
	Média	2,91	2,99	2,95	3,02	2,85	2,79	2,94
	Desvio padrão	1,40	1,48	1,51	1,44	1,35	1,27	1,46
COPE A	Percentagem	31,2%	33,1%	33,8%	32,4%	29,9%	28,2%	32,5%
	Média	4,46	4,47	4,38	4,56	4,45	4,33	4,65
	Desvio padrão	1,93	1,98	1,92	2,04	1,89	1,91	1,86
COPE R	Percentagem	7,0%	8,2%	8,0%	8,3%	6,2%	6,3%	6,0%
	Média	2,68	2,77	2,82	2,71	2,63	2,64	2,61
	Desvio padrão	1,39	1,42	1,47	1,37	1,36	1,38	1,32

**Tabela 6.21: Estudo III - Estatísticas do *Brief*COPE por subescala e grupo, nas estratégias não adaptativas**

Estratégias Adaptativas		Total N=1.002	Grupo que teve Acne			Grupo com Acne		
			Total n=417	Ligeira n=213	Moderada ou grave n=204	Total n=585	Ligeira n=351	Moderada ou grave n=234
COPE N	Percentagem	4,8%	5,3%	4,2%	6,4%	4,4%	3,7%	5,6%
	Média	2,68	2,70	2,67	2,74	2,67	2,58	2,80
	Desvio padrão	1,24	1,29	1,26	1,32	1,20	1,12	1,30
COPE US	Percentagem	2,2%	2,6%	1,9%	3,4%	1,9%	1,4%	2,6%
	Média	2,21	2,24	2,23	2,25	2,19	2,17	2,23
	Desvio padrão	0,79	0,87	0,81	0,94	0,72	0,69	0,77
COPE DC	Percentagem	4,8%	5,0%	3,8%	6,4%	4,6%	2,8%	7,3%
	Média	2,69	2,67	2,57	2,77	2,70	2,57	2,90
	Desvio padrão	1,26	1,22	1,13	1,30	1,28	1,14	1,45
COPE ES	Percentagem	5,2%	6,2%	4,7%	7,8%	4,4%	4,0%	5,1%
	Média	3,14	3,24	3,09	3,40	3,07	2,99	3,20
	Desvio padrão	1,33	1,37	1,32	1,41	1,30	1,27	1,34
COPE AD	Percentagem	16,7%	15,6%	14,6%	16,7%	17,4%	17,1%	17,9%
	Média	3,79	3,77	3,73	3,81	3,80	3,77	3,85
	Desvio padrão	1,71	1,69	1,63	1,74	1,72	1,73	1,71
COPE AC	Percentagem	12,3%	12,0%	10,8%	13,2%	12,5%	9,4%	17,1%
	Média	3,28	3,30	3,19	3,40	3,27	3,05	3,61
	Desvio padrão	1,63	1,60	1,59	1,60	1,66	1,51	1,82

Apesar de na tabela 6.22 não serem visíveis grandes diferenças entre os grupos, observa-se uma tendência no grupo que teve Acne para o aumento de utilização de mecanismos não adaptativos, à medida que a Acne se agrava. No grupo com Acne, esse aumento de utilização de mecanismos não adaptativos regista-se, inclusivamente, na categoria de utilização baixa. Observa-se, igualmente, um incremento da utilização desses mecanismos à medida que a Acne se agrava. Simultaneamente, nota-se uma diminuição da utilização de mecanismos adaptativos

em todas as categorias, exceto na de utilização baixa, que sobe para ambos os grupos à medida que Acne se agrava.

Tabela 6.22: Estudo III - *BriefCOPE* - Distribuição da utilização das estratégias por grupos

<i>Coping</i>		Grupo que teve Acne			Grupo com Acne		
		Total n=417	Ligeira n=213	Moderada ou grave n=204	Total n=585	Ligeira n=351	Moderada ou grave n=234
Não adaptativo	Nunca utilizou	83 19,90%	50 23,47%	33 16,17%	114 19,49%	81 23,14%	33 14,10%
	Utilização baixa	265 63,55%	137 64,32%	131 64,22%	399 68,20%	235 67,14%	164 70,08%
	Utilização média	67 16,08%	26 12,21%	37 18,14%	66 11,28%	35 10,00%	33 14,10%
	Utilização elevada	2 0,48%	0 0%	3 1,47%	6 1,03%	0 0%	4 1,70%
Adaptativo	Nunca utilizou	59 14,14%	34 15,96%	25 12,25%	71 12,14%	49 14,00%	22 9,40%
	Utilização baixa	93 22,30%	42 19,72%	51 25,00%	141 24,10%	85 24,29%	56 23,93%
	Utilização média	247 59,23%	131 61,50%	116 56,86%	362 61,88%	210 60,00%	151 64,52%
	Utilização elevada	18 4,31%	6 2,82%	12 5,88%	11 1,88%	7 2,00%	5 2,14%

Tabela 6.23: Estudo III - Estatísticas dos grupos no *coping* adaptativo e não adaptativo

	Observações	<i>Coping</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Grupo que teve Acne	417	Não adaptativo	16	64	29,647	10,284
		Adaptativo	12	38	17,844	5,560
Grupo com Acne	585	Não adaptativo	16	59	28,391	8,994
		Adaptativo	12	44	17,713	5,666

Analisando os resultados do COPE de acordo com as três dimensões propostas por Schnider e Elhai (2007) - quadro 3.4 do capítulo 3 - e com os valores presentes na tabela 6.24, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos com Acne e que tiveram Acne, no que respeita às dimensões do foco no problema e do evitamento emocional. No que respeita à dimensão da ativação emocional as diferenças são significativas ( $p=0,041$ ) - tabela 6.25.

Tabela 6.24: Estudo II - Distribuição do *Brief*COPE segundo as três dimensões de *coping* por grupo

<i>Coping</i>		Grupo que teve Acne n=417		Grupo com Acne n=585	
<b>Foco no problema</b>	Nunca utilizou	84	20,14%	95	16,24%
	Utilização baixa	189	45,32%	324	55,38%
	Utilização média	126	30,22%	154	26,32%
	Utilização elevada	18	4,32%	12	2,05%
<b>Ativação emocional</b>	Nunca utilizou	747	17,3%	87	14,87%
	Utilização baixa	182	43,65%	327	55,90%
	Utilização média	146	35,01%	162	27,69%
	Utilização elevada	15	3,60%	9	1,54%
<b>Evitamento emocional</b>	Nunca utilizou	100	23,98%	130	22,22%
	Utilização baixa	264	63,31%	387	66,15%
	Utilização média	51	12,23%	62	10,60%
	Utilização elevada	4	0,96%	6	1,03%

Tabela 6.25: Estudo III - *BriefCOPE* - Estatísticas por dimensão de *coping* e grupo

Dimensão	Variável	Observações	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Foco no problema	Grupo com Acne	585	8	30	13,97	4,80
	Grupo que teve Acne	417	8	32	14,50	5,34
Ativação emocional	Grupo com Acne	585	10	36	17,50	5,66
	Grupo que teve Acne	417	10	40	18,39	6,36
Evitamento emocional	Grupo com Acne	585	10	38	14,64	4,81
	Grupo que teve Acne	417	10	40	14,67	4,79

As 14 subescalas do *Brief COPE* foram agrupadas de acordo com a diferenciação de estratégias de *coping* adaptativas *versus* não adaptativas para cada um dos grupos - grupo com Acne e grupo que teve Acne. Após a identificação dos valores que os indivíduos de ambos os grupos obtiveram para cada uma das tipologias de estratégias de *coping* (adaptativa *versus* não adaptativa), eles foram enquadrados em categorias que os posicionavam em relação à frequência de utilização desses mesmos mecanismos, organizada em quatro categorias:

1. Nunca utilizou estratégias de *coping* adaptativas/não adaptativas;
2. Fez uma utilização baixa das estratégias de *coping* adaptativas/não adaptativas;
3. Fez uma utilização média das estratégias de *coping* adaptativas/não adaptativas;
4. Fez uma utilização elevada das estratégias de *coping* adaptativas/não adaptativas.

Face aos dados estatísticos revelados por este agrupamento, constata-se que:

- A maioria dos indivíduos de ambos os grupos - com Acne e que teve Acne - tem uma utilização baixa de estratégias de *coping* não adaptativas e uma utilização média de estratégias adaptativas.
- Os valores acima referidos significam que, em ambos os grupos, os respondentes tendem a responder ao stresse gerado pela Acne utilizando estratégias de *coping* predominantemente adaptativas e só mais raramente fazem uso de estratégias de *coping* não adaptativas.
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos - com Acne e que teve Acne - no que respeita à frequência de utilização de estratégias adaptativas *versus* não adaptativas.



- Constata-se que em ambos os grupos - com Acne e que teve Acne - há uma tendência para o aumento de utilização de mecanismos não adaptativos à medida que a Acne se agrava.
- Com o aumento da utilização de mecanismos não adaptativos observa-se uma diminuição da utilização de mecanismos adaptativos. Este processo obedece, em geral, a uma lógica de vasos comunicantes: quando sobe a frequência de utilização de uma das categorias de mecanismos - adaptativos ou não adaptativos - desce a frequência de utilização dos mecanismos da outra categoria. Contudo, observa-se um aumento da utilização de frequência baixa em ambos os grupos à medida que a Acne se agrava, podendo significar que, com o agravamento da Acne, o indivíduo faz mais recurso a estratégias de *coping* (tanto adaptativas como não adaptativas).
- As observações acima referidas não têm significância estatística. Contudo, relativamente às três dimensões estudadas, pode dizer-se que apenas na estratégia de ativação emocional existem diferenças mais acentuadas em relação aos grupos.

### 6.3.5 ICA

O inventário ICA foi extensamente detalhado no Estudo I, onde se abordam as suas diferentes fases de construção e elaboração. Atendendo à organização da amostra neste Estudo III em três grupos - os que percecionam que têm Acne, os que percecionam que tiveram Acne, e os que consideram que não têm nem nunca tiveram Acne - a apresentação dos resultados do ICA foi dividida em quatro partes:

1. ICA caracterização - seis questões que pretendem caracterizar a amostra dos indivíduos acneicos e dos que consideram que tiveram Acne.
2. ICA crenças - dezasseis questões que remetem para as crenças sobre a Acne, cujas respostas foram solicitadas à amostra total.
3. ICA comportamentos - dezasseis questões relacionadas com comportamentos perante a Acne, duas das quais visam obter informação sobre o comportamento de procura de informação. Este grupo de questões foi respondido pelos indivíduos que compõem os grupos com Acne e que tiveram Acne.

4. ICA tratamento - onze questões relacionadas com o tratamento da Acne. Algumas das questões foram aplicadas apenas aos indivíduos que indicaram ter procurado tratamento para a Acne.

O ICA usado no estudo III (versão 2.0 encontra-se no apêndice A) reflete a evolução do instrumento, que sofreu alterações e ajustamentos após o estudo II.

#### 6.3.5.1 ICA - Caracterização

Para a caracterização foram elaboradas seis questões do ICA que visavam a recolha de informação pertinente sobre características relacionadas com as condições da Acne. Apenas os indivíduos que têm ou tiveram Acne responderam a estas questões, cujas respostas se apresentam a seguir de modo sintético.

- Em que idade surgiu a Acne?

De acordo com o declarado pelos respondentes de ambos os grupos, a Acne surgiu no intervalo compreendido entre os 2 e os 40 anos, conforme mostra a tabela 6.26. A média da idade de aparecimento da Acne é de 14,16 e o desvio padrão de 2,89 no grupo com Acne. No grupo que teve Acne estes valores são 13,79 e 2,47, respetivamente. As diferenças de valores entre os dois grupos não são estatisticamente significativas.

- Há quanto tempo tem/teve Acne?

No grupo com Acne, a maioria dos indivíduos tem Acne há mais de 5 anos (73%). No grupo que teve Acne, 38% dos indivíduos tiveram Acne há mais de 5 anos e 34% há mais de 2 e menos de 5 anos, num total de 72% dos indivíduos.

- Modo de manifestação da Acne (episódico, contínuo, contínuo com surtos de agravamento, ou outros).

A gravidade percebida da Acne parece estar em consonância com o modo como a Acne se manifestava (ou com o modo que os indivíduos “sentem” a sua manifestação), independentemente do grupo - com Acne ou que teve Acne - conforme mostra o gráfico ApD.1 do apêndice D.

Tanto no grupo com Acne como no grupo que teve Acne, quando a Acne é considerada ligeira pelos respondentes, a maioria considera que a Acne se manifesta(va) de modo episódico - 69% no grupo com Acne e 75% que teve Acne.

Tabela 6.26: Estudo III - Estatísticas da idade de aparecimento da Acne por grupo e grau de gravidade

	Grupo que teve acne			Grupo com acne		
	Total	Ligeira	Moderada ou grave	Total	Ligeira	Moderada ou grave
N	417	213	204	585	351	234
Valor mínimo	2	2	10	2	2	5
Valor máximo	40	40	25	31	27	31
Média	13,79	13,84	13,74	14,16	14,06	14,30
Mediana	14	14	13	14	14	13
Desvio padrão	2,47	2,83	2,03	2,89	2,51	3,38
Mann-Whitney	-	0,29**		-	0,61*	
	0,18**					

\* o teste compara o ligeira com o moderado ou grave no grupo com Acne | \*\* o teste compara o ligeira com o moderado ou grave no grupo que teve Acne | \*\*\* o teste compara o grupo com Acne com o que teve Acne

Os respondentes com Acne moderada ou grave, ou que tiveram Acne moderada ou grave referem que a mesma se manifesta(va) predominantemente do modo contínuo, com surtos de agravamento (respetivamente 53% e 48%). Considerando um qui-quadrado de 258,68 e  $p < 0,001$ , infere-se que esta associação é estatisticamente significativa.

- Durante quanto tempo teve Acne? Há quanto tempo tem Acne? - gráfico ApD.2 do apêndice D.

Comparando os valores dos dois grupos, verifica-se que há diferenças entre o grupo com Acne e o que teve Acne. Enquanto no primeiro a maioria dos indivíduos tem Acne há mais de 5 anos, no segundo a Acne durou entre 2 a 5 anos. Foi aplicado o teste do qui-quadrado a ambos os grupos, comparando a duração da Acne. Considerando que o qui-quadrado é de 291,83 e  $p < 0,001$ , podemos inferir que há uma associação estatisticamente significativa entre a duração da Acne e o grupo da Acne. No grupo que teve Acne ligeira, 38% dos respondentes tiveram Acne durante 2 a 5 anos e 27% durante 1 a 2 anos. Apenas 10% dos indivíduos teve Acne ligeira por mais de 5 anos. Por outro lado, no grupo que teve Acne moderada ou grave, 43% dos indivíduos referem ter tido Acne durante 2 a 5 anos, 30% durante mais de 5 anos e 19% durante 1 a 2 anos. Estas

diferenças são estatisticamente significativas (qui-quadrado de 43,74,  $p < 0,001$ ). No grupo com Acne moderada ou grave, 52% dos respondentes tem Acne há mais de 5 anos, e 30% tem Acne há mais de 2 anos e menos de 5 anos. No grupo com Acne ligeira, 49% dos respondentes tem Acne há mais de 5 anos; 26% tem Acne há mais de 2 anos e menos de 5 anos. Considerando que qui-quadrado é de 14,66 e  $p = 0,005$ , podemos inferir que há uma associação estatisticamente significativa entre a duração da Acne e a sua gravidade.

▪ Tem marcas ou cicatrizes derivadas da Acne?

A existência de marcas ou cicatrizes devidas à Acne é referida pela maioria dos respondentes do grupo com Acne (74%), enquanto 59% dos indivíduos do grupo que teve Acne refere não ter marcas ou cicatrizes - tabela ApD.10 do apêndice D.

Observa-se também que quando a Acne é considerada moderada ou grave em ambos os grupos - com Acne e que teve Acne - a percentagem de indivíduos que afirma ter cicatrizes ou marcas aumenta para 88% e 50%, respetivamente. Considerando a gravidade percebida da Acne, parece existir uma associação entre esta e a existência de marcas ou cicatrizes. 65% dos indivíduos com Acne ligeira referem ter marcas ou cicatrizes, enquanto no grupo com Acne moderada ou grave este valor aumenta para 88%. No grupo que teve Acne, os valores são, respetivamente, de 33% e 50%. Esta associação é estatisticamente significativa, tanto no grupo com Acne - qui-quadrado de 40,68 e  $p < 0,001$  - como no grupo que teve Acne - qui-quadrado de 11,25 e  $p = 0,001$ . A maioria das cicatrizes e marcas, quando declaradas pelos respondentes, distribuem-se pela face e costas - gráfico ApD.3 do apêndice D.

▪ Tem alguma outra doença diagnosticada?

Quando questionados sobre se tinham ou não outra doença diagnosticada, a maioria dos respondentes do grupo com Acne (84%) e do grupo que teve Acne (84%) respondeu que não, conforme mostra a tabela ApD.11 do apêndice D. As doenças referidas foram agrupadas com base no diagnóstico designado pelo indivíduo - comorbilidade - em cinco grupos, de acordo com a indicação de médicos com a especialidade de dermatologia, na qualidade de peritos. Patologias referidas com frequência muito baixa (menos de duas ocorrências) foram desprezadas ou integradas nos grupos que emergiram. Estas são doenças de: fundo alérgico/atópico; perturbações da tiroide; síndrome ovárico policístico; eczemas e epilepsia - tabela ApD.12 do apêndice D. Existe uma frequência expressiva de doenças de fundo alérgico/atópico nos casos que apresentam comorbilidade com a Acne.

### 6.3.5.2 ICA - Crenças

Quando se analisam os valores obtidos em relação às crenças na amostra total, observa-se que não existem diferenças significativas entre nenhum dos grupos (sem Acne, com Acne e que tiveram Acne), como se pode constatar pelos valores apresentados na tabela 6.27. Dado que não existem diferenças significativas entre os três grupos, pode-se assumir que as crenças sobre a Acne são comuns às pessoas que nunca tiveram Acne, às que já tiveram Acne e às que têm Acne. Também não se observam diferenças dentro do grupo com Acne nem no grupo que teve Acne, tendo em conta o grau de gravidade percionado.

Tabela 6.27: Estudo III - ICA - Estatística por grupos

	Total	Grupo sem Acne	Grupo que teve Acne			Grupo com Acne		
			total	ligeira	moderada ou grave	Total	ligeira	moderada ou grave
N	1.666	664	417	213	204	585	351	234
Valor mínimo	31,00	31,00	31,00	38,00	31,00	37,00	37,00	39,00
Valor máximo	61,00	61,00	61,00	61,00	59,00	61,00	60,00	61,00
Média	48,76	48,53	49,04	48,72	49,37	48,83	48,66	49,07
Mediana	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00	49,00
Desvio padrão	4,01	4,04	4,08	3,91	4,23	3,93	3,85	4,04
Alfa Cronbach	0,63	0,66	0,64	0,58	0,68	0,58	0,57	0,60

Tabela 6.28: Estudo III - ICA - Crenças, valor Mann-Whitney (p-value)

p-value	Comparação
0,43	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,24	Grupo que teve Acne <i>versus</i> grupo com Acne
0,06	Grupo sem Acne <i>versus</i> grupo que teve Acne
0,10	Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> grupo com Acne moderada ou grave
0,27	Grupo que teve Acne ligeira <i>versus</i> grupo que teve Acne moderada ou grave

A tabela 6.29 apresenta as respostas às questões relacionadas com as crenças sobre a Acne. As tabelas ApD.13 e ApD.14 do apêndice D contêm os dados das respostas em cada um dos grupos - com Acne e que tiveram Acne - por grau de gravidade da Acne. Os gráficos de ApD.4 a ApD.19 do apêndice D ilustram as respostas consoante os grupos - sem Acne, que tiveram Acne e com Acne. Os dados sublinham a tendência para uma homogeneidade nas crenças entre os três grupos em análise. Globalmente, poder-se-á afirmar que a maioria dos indivíduos concorda, ou concorda mais do que discorda que:

- Há uma predisposição hereditária para a Acne.
- A Acne deve-se a alterações das hormonais.
- Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele.
- Espremer as borbulhas agrava a Acne.
- Apanhar sol melhora a Acne.
- A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo.
- A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.
- A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores.
- Ter Acne altera o bem-estar.
- As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade.
- As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género.
- A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

Por outro lado, a maioria dos indivíduos discorda ou discorda mais do que concorda que:

- A Acne deve-se à ingestão de chocolate.
- A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.

Os respondentes dividem-se quando se analisam as respostas em relação a acreditar que ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada, e a que a Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem.

Tabela 6.29: Estudo III - ICA - Distribuição das crenças sobre a Acne

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Há uma predisposição hereditária para a Acne	Total	265	15,91%	431	25,87%	594	35,65%	376	22,57%
	Grupo sem Acne	111	16,72%	166	25,00%	252	37,95%	135	20,33%
	Grupo que teve Acne	58	13,91%	121	29,02%	149	35,73%	89	21,34%
	Grupo com Acne	96	16,41%	144	24,62%	193	32,99%	152	25,98%
A Acne deve-se a alterações hormonais	Total	17	1,02%	30	1,80%	395	23,71%	1.224	73,47%
	Grupo sem Acne	10	1,51%	13	1,96%	173	26,05%	468	70,48%
	Grupo que teve Acne	3	0,82%	8	1,92%	74	17,75%	332	79,62%
	Grupo com Acne	4	0,68%	9	1,54%	148	25,30%	424	72,48%
A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele	Total	62	3,72%	165	9,90%	582	34,93%	857	51,44%
	Grupo sem Acne	40	6,02%	75	11,30%	258	38,86%	291	43,83%
	Grupo que teve Acne	9	2,16%	45	10,79%	132	31,65%	231	55,40%
	Grupo com Acne	13	2,22%	45	7,69%	192	32,82%	335	57,26%
A Acne deve-se à ingestão de chocolate.	Total	515	30,91%	618	37,09%	425	25,51%	108	6,48%
	Grupo sem Acne	225	33,89%	244	36,75%	161	24,25%	34	5,12%
	Grupo que teve Acne	117	28,06%	175	41,97%	98	23,50%	27	6,47%
	Grupo com Acne	173	29,57%	199	34,02%	166	28,38%	47	8,03%
A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	Total	790	47,42%	695	41,72%	147	8,82%	34	2,04%
	Grupo sem Acne	309	46,54%	286	43,07%	57	8,58%	12	1,81%
	Grupo que teve Acne	200	47,96%	171	41,01%	37	8,87%	9	2,16%
	Grupo com Acne	281	48,03%	238	40,68%	53	9,06%	13	2,22%
Espremer borbulhas agrava a Acne.	Total	172	10,32%	341	20,47%	582	34,93%	571	34,27%
	Grupo sem Acne	75	11,30%	152	22,89%	253	38,10%	184	27,71%
	Grupo que teve Acne	52	12,47%	77	18,47%	131	31,41%	157	37,65%
	Grupo com Acne	45	7,69%	112	19,15%	198	33,85%	230	39,32%

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Apanhar sol melhora a Acne	Total	267	16,03%	352	21,13%	657	39,44%	390	23,41%
	Grupo sem Acne	106	15,96%	148	22,29%	271	40,81%	139	20,93%
	Grupo que teve Acne	57	13,67%	82	19,66%	174	41,73%	104	24,94%
	Grupo com Acne	104	17,78%	122	20,85%	212	36,24%	147	25,13%
A Acne deve-se ao stress, ansiedade e nervosismo	Total	129	7,74%	268	16,09%	769	46,16%	500	30,01%
	Grupo sem Acne	61	9,19%	121	18,22%	336	50,60%	146	21,99%
	Grupo que teve Acne	33	7,91%	69	16,55%	201	48,20%	114	27,34%
	Grupo com Acne	35	5,98%	78	13,33%	232	39,66%	240	41,03%
A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	Total	79	4,74%	212	12,73%	650	39,02%	725	43,52%
	Grupo sem Acne	30	4,52%	88	13,25%	292	43,98%	254	38,25%
	Grupo que teve Acne	26	6,24%	58	13,91%	154	36,93%	179	42,93%
	Grupo com Acne	23	3,93%	66	11,28%	204	34,87%	292	49,91%
A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores	Total	25	1,50%	72	4,32%	491	29,47%	1078	64,71%
	Grupo sem Acne	12	1,81%	22	3,31%	209	31,48%	421	63,40%
	Grupo que teve Acne	6	1,44%	22	5,28%	139	33,33%	250	59,95%
	Grupo com Acne	7	1,20%	28	4,79%	143	24,44%	407	69,57%
Ter Acne altera o bem-estar	Total	66	3,96%	119	7,14%	456	27,37%	1025	61,52%
	Grupo sem Acne	27	4,07%	46	6,93%	182	27,41%	409	61,60%
	Grupo que teve Acne	12	2,88%	33	7,91%	116	27,82%	256	61,39%
	Grupo com Acne	27	4,62%	40	6,84%	158	27,01%	360	61,54%
Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	Total	344	20,65%	493	29,59%	459	27,55%	370	22,21%
	Grupo sem Acne	129	19,43%	208	31,33%	185	27,86%	142	21,39%
	Grupo que teve Acne	90	21,58%	129	30,94%	103	24,70%	95	22,78%
	Grupo com Acne	125	21,37%	156	26,67%	171	29,23%	133	22,74%
A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	Total	488	29,29	428	25,69%	468	28,09%	282	16,93%
	Grupo sem Acne	199	29,97%	183	27,56%	189	28,46%	93	14,01%
	Grupo que teve Acne	128	30,70%	96	23,02%	126	30,22%	67	16,07%
	Grupo com Acne	161	27,52%	149	25,47%	153	26,15%	122	20,85%



		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade	Total	92	5,52%	199	11,94%	753	45,20%	622	37,33%
	Grupo sem Acne	37	5,57%	89	13,40%	304	45,78%	234	35,24%
	Grupo que teve Acne	16	3,84%	47	11,27%	191	45,80%	163	39,09%
	Grupo com Acne	39	6,67%	63	10,77%	258	44,10%	225	38,46%
As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género masculino ou feminino	Total	139	8,34%	261	15,67%	625	37,52%	641	38,48%
	Grupo sem Acne	59	8,89%	109	16,42%	263	39,61%	233	35,09%
	Grupo que teve Acne	33	7,91%	64	15,35%	142	34,05%	178	42,69%
	Grupo com Acne	47	8,03%	88	15,04%	220	37,61%	230	39,32%
A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	Total	24	1,44%	108	6,48%	478	28,69%	1056	63,39%
	Grupo sem Acne	11	1,66%	38	5,72%	189	28,46%	426	64,16%
	Grupo que teve Acne	7	1,68%	30	7,19%	121	29,02%	259	62,11%
	Grupo com Acne	6	1,03%	40	6,84%	168	28,72%	371	63,42%

### 6.3.5.3 ICA - Comportamento

Aos respondentes que consideram ter Acne e aos que declaram ter tido Acne foi solicitado que se posicionassem face a um conjunto de afirmações que pretendiam revelar quais os seus comportamentos relacionados com a Acne. Ou seja, apenas os indivíduos com Acne e que tiveram Acne responderam a esta componente do ICA.

Do levantamento de dados, baseado nos dados da tabela 6.30, detalhados nas tabelas ApD.15 e ApD.16 do apêndice D e ilustrados no gráficos de ApD.20 a ApD.30 do apêndice D, concluiu-se que os comportamentos da população estudada não diferem significativamente em relação aos grupos com Acne e que tiveram Acne.

Na generalidade, constata-se que a maioria dos respondentes:

- Não se veste de modo a tapar a Acne o mais possível;
- Não usa maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível;
- Não usa franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível;
- Evita pensar na Acne;
- Tenta abstrair-se da Acne;

- Tenta centrar-se mais nas suas qualidades, em detrimento dos seus defeitos;
- Tem o sentimento de ser compreendido(a) nas suas preocupações com a Acne;
- Não evita sair de casa quando está com Acne;
- Não evita sair à noite quando está com Acne;
- Procura ajuda médica para a Acne.

Da mesma forma, a maioria dos respondentes do género masculino não usa a barba para tapar a Acne o mais possível. Quando os respondentes procuraram informação sobre a Acne, procuram-na sobretudo na internet. A maior parte dos respondentes não conversou sobre a Acne nem pediu ajuda. Dos cerca de 18% que pediram ajuda, a maior parte fê-lo junto de um médico.

**Tabela 6.30: Estudo III - ICA - Distribuição das respostas sobre comportamentos, por grupos**

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível	Total	479	47,80%	212	21,16%	198	19,76%	113	11,28%
	Grupo com Acne	263	44,96%	121	20,68%	124	21,20%	77	13,16%
	Grupo que teve Acne	216	51,80%	91	21,82%	74	17,75%	36	8,63%
Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível	Total	421	42,02%	144	14,37%	175	17,47%	262	26,15%
	Grupo com Acne	210	35,90%	92	15,73%	113	19,32%	170	29,06%
	Grupo que teve Acne	211	50,60%	52	12,47%	62	14,87%	92	22,06%
Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível	Total	607	60,58%	153	15,27%	135	13,47%	107	10,68%
	Grupo com Acne	350	59,83%	87	14,87%	90	15,38%	58	9,91%
	Grupo que teve Acne	257	61,63%	66	15,83%	45	10,79%	49	11,75%
Evito pensar na Acne	Total	136	13,57%	197	19,66%	384	38,32%	285	28,44%
	Grupo com Acne	66	11,28%	104	17,78%	231	39,49%	184	31,45%
	Grupo que teve Acne	70	16,79%	93	22,30%	153	36,69%	101	24,22%
Tento abstrair-me da Acne	Total	108	10,78%	176	17,56%	404	40,32%	314	31,34%
	Grupo com Acne	49	8,38%	103	17,61%	232	39,66%	201	34,36%
	Grupo que teve Acne	59	14,15%	73	17,51%	172	41,25%	113	27,10%
Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos	Total	97	9,68%	183	18,26%	395	39,42%	327	32,63%
	Grupo com Acne	45	7,69%	82	14,02%	246	42,05%	212	36,24%
	Grupo que teve Acne	52	12,47%	101	24,22%	149	35,73%	115	27,58%

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne	Total	116	11,58%	204	20,36%	439	43,81%	243	24,25%
	Grupo com Acne	65	11,11%	104	17,78%	265	45,30%	151	25,81%
	Grupo que teve Acne	51	12,23%	100	23,98%	174	41,73%	92	22,06%
Evito sair de casa quando estou com Acne	Total	649	64,77%	195	19,46%	114	11,38%	44	4,39%
	Grupo com Acne	394	67,35%	92	15,73%	70	11,97%	29	4,96%
	Grupo que teve Acne	255	61,15%	103	24,70%	44	10,55%	15	3,60%
Evito sair à noite quando estou com Acne	Total	654	65,27%	179	17,86%	119	11,88%	50	4,99%
	Grupo com Acne	401	68,55%	85	14,53%	69	11,79%	30	5,13%
	Grupo que teve Acne	253	60,67%	94	22,54%	50	11,99%	20	4,80%
Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne	Total	603	60,18%	174	17,37%	158	15,77%	67	6,69%
	Grupo com Acne	365	62,39%	86	14,70%	94	16,07%	40	6,84%
	Grupo que teve Acne	238	57,07%	88	21,10%	64	15,35%	27	6,47%
Procuro ajuda médica para a Acne	Total	282	28,14%	132	13,17%	176	17,56%	412	41,12%
	Grupo com Acne	131	22,39%	95	16,24%	122	20,85%	237	40,51%
	Grupo que teve Acne	151	36,21%	37	8,87%	54	12,95%	175	41,97%
Uso barba para tapar a Acne o mais possível (apenas para respondentes do sexo masculino)	Total	269	26,85%	48	4,79%	28	2,79%	30	2,99%
	Grupo com Acne	129	22,05%	35	5,98%	21	3,59%	15	2,56%
	Grupo que teve Acne	140	33,57%	13	3,12%	7	1,68%	15	3,60%

#### 6.3.5.4 ICA - Tratamento

Aos respondentes que declaram ter tido e ter Acne foi solicitado que se posicionassem face ao tratamento da Acne, constando os respetivos resultados da tabela 6.31, das tabelas ApD.17 a ApD.37 no apêndice D e dos gráficos ApD.32 a ApD.40, também no apêndice D.

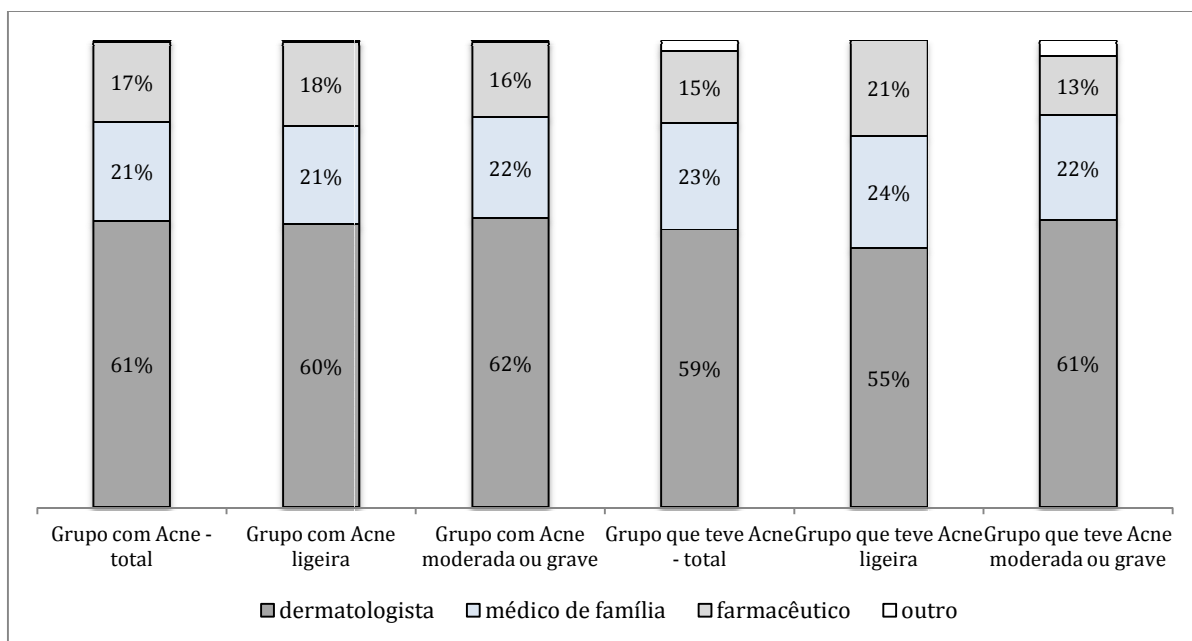
Tabela 6.31: Estudo III - ICA - Distribuição das respostas sobre tratamento, por grupos

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne	Total	182	18,16%	119	11,88%	258	25,75%	443	44,21%
	Grupo com Acne	78	13,33%	63	10,77%	167	28,55%	277	47,35%
	Grupo que teve Acne	104	24,94%	56	13,43%	91	21,82%	166	39,81%
Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne.	Total	143	14,27%	152	15,17%	308	30,74%	399	39,82%
	Grupo com Acne	67	11,45%	96	16,41%	185	31,62%	237	40,51%
	Grupo que teve Acne	76	18,23%	56	13,43%	123	29,50%	162	38,85%

Deste levantamento concluiu-se que a maioria dos respondentes:

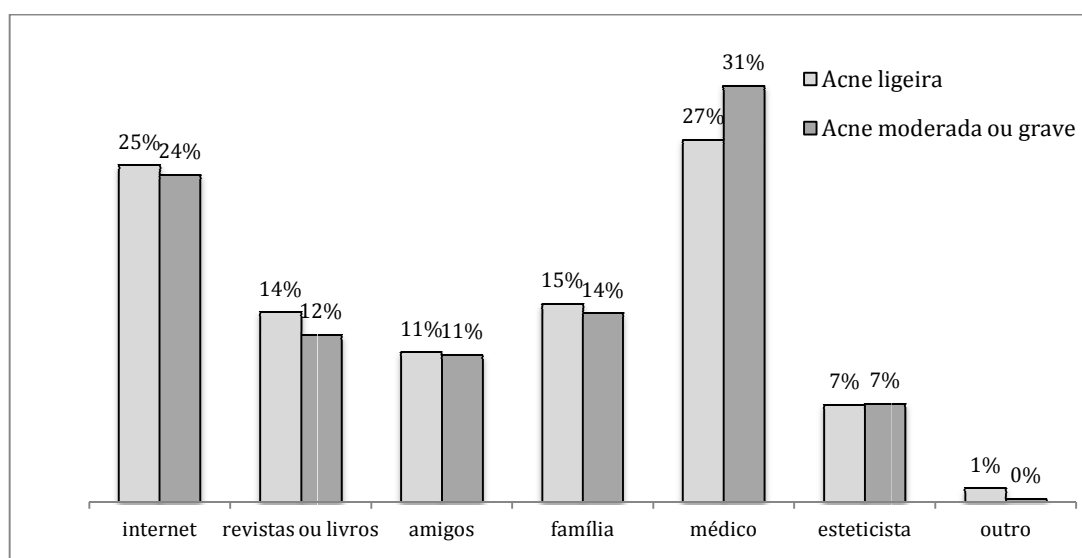
- Esforça-se para seguir à risca o tratamento que lhe foi indicado para a Acne, especialmente os que têm, ou tiveram, Acne moderada ou grave.
- Segue à risca os cuidados com a pele que lhe indicaram para a Acne, especialmente os que têm, ou tiveram, Acne moderada ou grave.
- Conseguiu seguir os tratamentos indicados.
- Tem Acne mas sem estar em tratamento, especialmente os que têm Acne ligeira. Dos que estão em tratamento, este dura há menos de seis meses. Nos que terminaram o tratamento, este durou entre seis meses e um ano - para os respondentes com Acne moderada ou grave - ou menos de seis meses - para os respondentes com Acne ligeira.
- A maioria dos indivíduos que tem Acne e está em tratamento considera que o tratamento está a ser eficaz. Os que já não estão em tratamento consideram que o tratamento foi eficaz. A maioria dos indivíduos que teve Acne considera que o tratamento foi eficaz, e considera-se tratado há mais de um ano.
- Afirma que a primeira consulta foi marcada pela mãe e que foi acompanhado a essa consulta.

A amostra divide-se entre recorrer ou não a alguém especializado para o tratamento da Acne. De qualquer forma, a percentagem de respondentes que recorre a alguém especializado para o tratamento da Acne é mais elevada quando declara ter Acne moderada ou grave, e escolhe principalmente o dermatologista - gráfico 6.5. Também não existe um padrão para o tempo que demorou a recorrer a ajuda especializada.



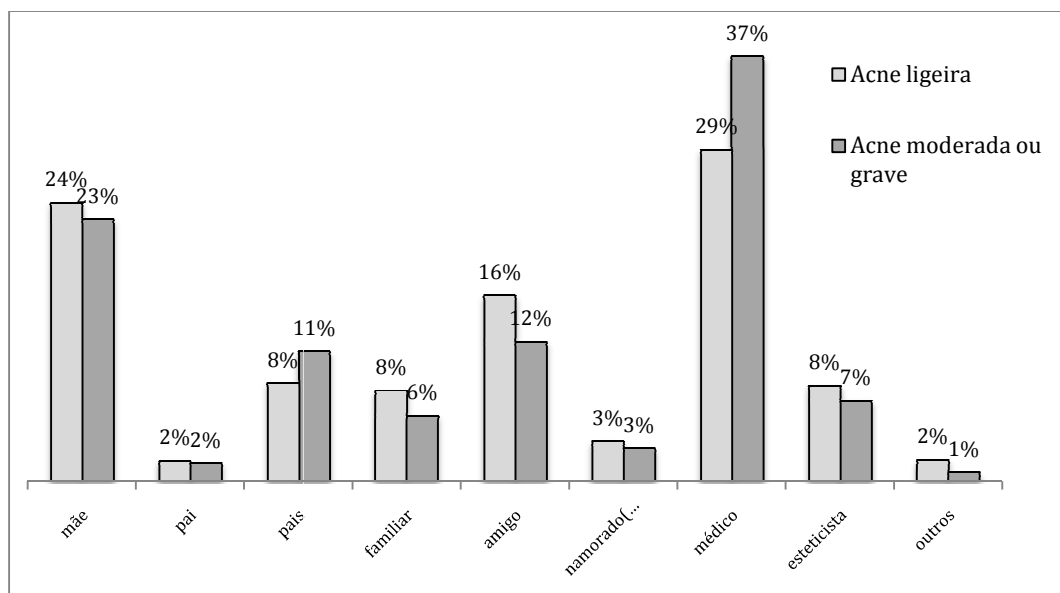
**Gráfico 6.5: Estudo III - ICA - Recorreu a alguém especializado para o tratamento da Acne**

A maior parte dos respondentes procurou informação sobre a Acne junto de um médico - 27% dos indivíduos com Acne ligeira e 31% dos indivíduos com Acne moderada ou grave - e na internet - 25% e 24%, respetivamente - gráfico 6.6.



**Gráfico 6.6: Estudo III - ICA - Onde procurou informação sobre a Acne**

No que respeita a quem os pacientes pediram ajuda, ou com quem conversaram acerca da Acne, a maior parte dos indivíduos procuraram um médico - 29% de indivíduos com Acne ligeira e 37% de indivíduos com Acne moderada ou grave - gráfico 6.7.



**Gráfico 6.7: Estudo III - ICA - Com quem conversou sobre a Acne ou pediu ajuda**

O questionário ICA termina com duas perguntas abertas, de resposta obrigatória:

- O que é para si ter Acne?
- Como vê a Acne nos outros?

Na resposta à primeira pergunta, colocada apenas aos indivíduos com Acne e que tiveram Acne, a maioria dos indivíduos, especialmente os indivíduos com Acne, considera que a Acne é negativa, mas não muito negativa. Cerca de 35% dos indivíduos não compreendeu o sentido da pergunta ou não respondeu efetivamente.

Em relação à segunda pergunta aberta, que foi respondida pelos indivíduos com Acne, que tiveram Acne e sem Acne, são os indivíduos com Acne que consideram a Acne mais negativa nas outras pessoas, embora todos tenham a tendência para a considerar neutra e como um problema de saúde banal.

## 6.4 Discussão dos Resultados

No estudo III foram inquiridas 1.666 pessoas, das quais 585 com Acne, 417 tiveram Acne e 664 nunca tiveram Acne. Dos indivíduos com Acne, 60% tem Acne ligeiro e 40% tem Acne moderada ou grave. Dos indivíduos que tiveram Acne, cerca de 50% teve Acne ligeira e os outros 50% Acne moderada ou grave. A média etária do grupo com Acne é de 22 anos e a média etária dos grupos que tiveram Acne e sem Acne é de 24 anos.

Para a maioria dos indivíduos da amostra, a idade de início da Acne foi em média os 14 anos e declararam ter ou ter tido Acne durante cinco ou mais anos. Se a Acne foi classificada de ligeira pelos próprios, então é predominantemente descrita como episódica. Se foi classificada como moderada ou grave, é descrita predominantemente como contínua com surtos de agravamento. Quanto maior é a gravidade da Acne, maior é tendencialmente o tempo de duração da mesma - mais de cinco anos para a Acne classificada de moderada ou grave. As marcas e as cicatrizes localizam-se predominantemente na face e nas costas e são referidas por indivíduos que têm Acne ligeira e por indivíduos que têm ou tiveram Acne moderada ou grave. A maioria dos indivíduos que tiveram Acne ligeira referem não ter marcas nem cicatrizes. A maioria dos indivíduos não tem outra doença diagnosticada.

A maioria dos indivíduos com Acne, ou que tiveram Acne, considera a Acne uma experiência emocional/social negativa, especialmente os do primeiro grupo. A maioria dos indivíduos com Acne, que considera a experiência da Acne como neutra, associam-na a um problema de saúde banal. Os indivíduos que tiveram Acne associam-a a um acontecimento fisiológico normal, muitas vezes associado à adolescência.

Quando se investiga a forma como os indivíduos vêem a Acne nas outras pessoas, observa-se que a percentagem de indivíduos que considera a Acne neutra aumenta consideravelmente. Os indivíduos que tiveram Acne, mas já não têm, são aqueles que menos classificam a Acne como negativa. A maioria dos indivíduos de todos os grupos considera que a Acne nos outros lhe é indiferente ou neutra, associando a Acne a um problema de saúde banal como uma constipação ou uma reação alérgica.

### 6.4.1 IQV-D

A qualidade de vida dos indivíduos parece sofrer um pequeno impacto com a Acne. Na Acne ligeira, este impacto é muito pequeno, mas aumenta quando a Acne é percecionada como

sendo moderada ou grave, embora se mantenha dentro do intervalo convencionado como de “pequeno impacto”. A Acne moderada ou grave pode gerar uma pequena perda na qualidade de vida, estando esta perda predominantemente relacionada com alterações da qualidade de vida gerada pelos sintomas e sentimentos associados. As atividades quotidianas, a atividade profissional ou escolar e o lazer e as reações pessoais são reportadas como pouco afetadas pela Acne.

É curioso observar que no estudo II o valor médio encontrado no grupo com Acne moderada ou grave foi mais elevado - 6,24 - do que o observado no grupo do estudo III - 4,58 -, o que apontava para que este grupo tivesse uma menor qualidade de vida associada à problemática dermatológica. Esta diferença poderá estar relacionada com a idade média dos respondentes, a qual, no estudo III, é cerca de onze anos inferior à do estudo II.

#### **6.4.2 EADS-21**

A maioria dos indivíduos dos três grupos não apresenta valores patológicos na EADS-21 no valor global, nem em nenhuma das sub-escalas. Nenhum dos três grupos - sem Acne, com Acne e que tiveram Acne - parece diferenciar-se significativamente entre si no que concerne à ansiedade, à depressão e ao stresse.

Porém, analisando a severidade da Acne, percebe-se que no grupo de indivíduos que tiveram Acne existe uma relação entre ter tido Acne e a sub-escala de ansiedade. Ou seja, os indivíduos que tiveram Acne, mas não a têm na atualidade, tendem a revelar indicadores mais fortes de ansiedade à medida que a Acne se agrava - quando passa de ligeira para moderada ou grave. No grupo de indivíduos com Acne encontramos uma relação entre ter Acne e a sub-escala depressão. Ou seja, os indivíduos com Acne tendem a revelar indicadores mais fortes de depressão à medida que a Acne se torna mais severa - de ligeira para moderada ou grave.

#### **6.4.3 TAS-20**

A maioria dos indivíduos dos três grupos é não alexitímico, ou seja, não revela qualquer problema relacionado com a identificação, descrição e expressão dos sentimentos, emoções e sensações corporais. Ainda assim, observa-se uma maior densidade de indivíduos alexitímicos e medianamente alexitímicos nos grupos com Acne e que tiveram Acne. O grupo com Acne tem cerca de 30% de alexitímicos e o grupo que teve Acne possui aproximadamente 20% de



possíveis alexitímicos. Desta forma, regista-se uma associação estatisticamente significativa entre o grau de alexitímia e o grupo de Acne.

O fator 3 parece ser o fator que melhor diferencia os três grupos, permitindo-nos perceber que os indivíduos com Acne apresentam tendencialmente um estilo de pensamento mais orientado para o exterior (fator 3) do que os outros. Contudo, nos indivíduos que têm Acne moderada ou grave, identifica-se a dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (fator 2) como a dificuldade mais correlacionada com a gravidade da Acne.

O fator 2 da TAS-20 - dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros - parece, portanto, discriminar os indivíduos com Acne ligeira dos indivíduos com Acne moderada ou grave. Ou seja, os indivíduos com Acne ligeira e com indicadores alexitímicos distinguem-se dos que têm Acne moderada ou grave por terem maior dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros.

#### **6.4.4 *BriefCOPE***

Em ambos os grupos - grupo com Acne e grupo que teve Acne - os indivíduos da amostra tendem a responder ao stress gerado pela Acne utilizando estratégias de *coping* predominantemente adaptativas, e só muito raramente fazem uso de estratégias de *coping* não adaptativas. Não existem diferenças significativas entre os grupos em relação à utilização de estratégias adaptativas *versus* não adaptativas.

Não se observam também diferenças entre os grupos em relação às estratégias em duas das dimensões estudadas: estratégias focadas na resolução de problemas e estratégias de evitamento emocional. Apenas se observam diferenças entre o grupo que tem Acne e o grupo que teve Acne em relação à dimensão: estratégia por ativação emocional.

#### **6.4.5 ICA**

As crenças sobre a Acne são partilhadas pelos três grupos. A maioria dos indivíduos acredita que a Acne se deve a um conjunto de muitos fatores, dos quais se destacam a predisposição hereditária, as alterações hormonais, o stress, a ansiedade, o nervosismo e o excesso de oleosidade da pele, e a combinação de fatores psicológicos e hormonais. Admitem igualmente que espremer as borbulhas agrava a Acne e que apanhar sol a melhora. Revelam ainda acreditar que a Acne altera o bem-estar e que prejudica mais as pessoas mais jovens do que as

de idade mais avançada. Achrom ainda que as estratégias para lidar com a Acne se alteram consoante a idade e dividem-se na opinião em relação a elas se alterarem com o género. Acreditam maioritariamente que é um problema de saúde que pode ser tratado e melhorado. Por sua vez, não acreditam que se deva à ingestão de chocolate nem de produtos lácteos.

A maioria dos indivíduos com Acne não adota comportamentos específicos de ocultação nem de evitamento de exposição da Acne, mas tendem a abstrair-se da Acne, centrando-se mais nas suas qualidades pessoais.

A maioria dos indivíduos procura informação sobre a Acne e fá-lo através da internet. Por norma não conversam com outras pessoas sobre o assunto, nem pedem ajuda. A marcação de consulta, no grupo que procura tratamento, é maioritariamente efetuada pela mãe, sendo também a mãe que os acompanha em consultas de seguimento, quando vão acompanhados, malgrado terem uma idade média superior a vinte e dois anos.

Das pessoas que procuram tratamento, a maioria tem Acne moderada ou grave e esforça-se por cumprir cuidadosamente os cuidados com a pele. Os indivíduos com Acne ligeira também se esforçam por seguir à risca os cuidados com a pele, se bem que procurem menos frequentemente tratamento para Acne. A maioria dos indivíduos com Acne moderada procura tratamento junto de um dermatologista.

Os indivíduos que têm Acne parecem demorar mais tempo a procurar ajuda especializada do que aqueles que tiveram Acne. A maioria dos indivíduos com Acne não está em tratamento. Dos que estão em tratamento - cerca de 30% - a maioria tem Acne moderada ou grave. A maioria dos que estão em tratamento considera-o eficaz, e aqueles que já o terminaram, ou que tiveram Acne e já não a têm, consideram maioritariamente que o tratamento foi eficaz. A maioria dos indivíduos que teve Acne considera-se tratado, há mais de um ano.

## 6.5 Conclusões

A figura 6.1 esquematiza e resume os factos mais relevantes do estudo III.

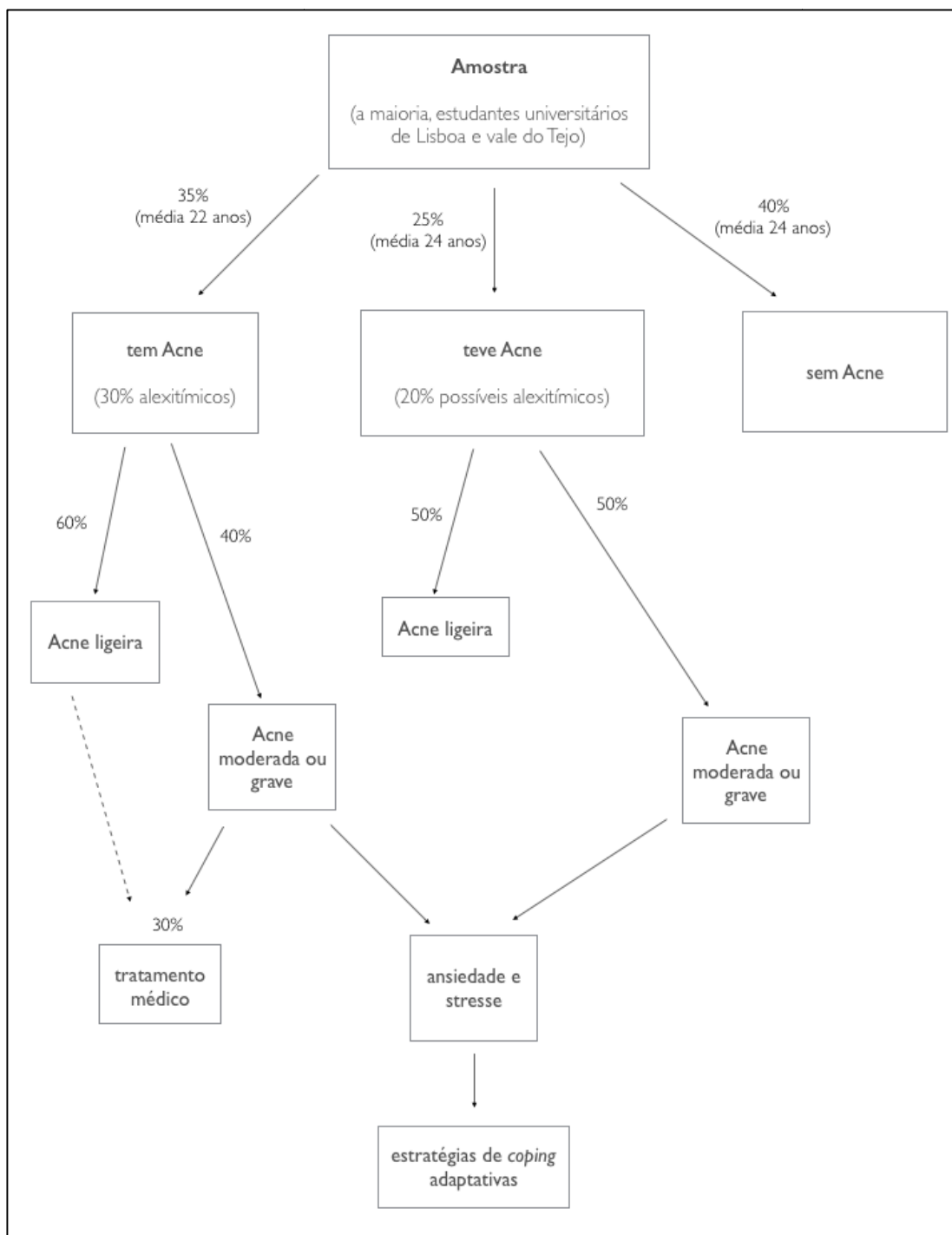


Figura 6.1: Estudo III - Síntese gráfica

Verifica-se neste estudo que os indivíduos que têm ou tiveram Acne não se distinguem dos indivíduos que nunca tiveram Acne no que respeita às crenças sobre a Acne, aos valores de depressão, stress e ansiedade na EADS-21, aos indicadores de alexitimia e aos estilos de *coping*.

Porém, os indivíduos que têm ou tiveram Acne distinguem-se dos indivíduos que nunca tiveram Acne no que respeita a terem um estilo de pensamento mais orientado para o exterior, o que corresponde ao fator 3 da TAS-20.

Já os indivíduos que têm ou tiveram Acne ligeira distinguem-se dos que têm ou tiveram Acne moderada ou grave. À medida que a Acne se agrava, verifica-se maior dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais das emoções. Associado ao agravamento da Acne, assiste-se a um incremento da utilização de mecanismos de defesa adaptativos e não adaptativos - incremento mais notório nos adaptativos. Os indicadores de depressão e ansiedade agravam-se também à medida que a Acne piora, apesar de não atingirem níveis patológicos.

Em síntese, verifica-se que:

- A vivência da Acne não leva a uma significativa perda da qualidade de vida;
- A Acne não está associada a níveis patológicos de depressão, stress e ansiedade;
- A Acne não está associada à Alexitimia;
- Não existe um perfil de estratégias de *coping* associada à Acne.

A hipótese sobre a gravidade da Acne - ligeira *versus* moderada ou grave - e a relação desta variável com as restantes - qualidade de vida, depressão, stress, ansiedade, alexitimia e estratégias de *coping* - foi confirmada, ou seja, os grupos que declararam ter, ou ter tido Acne moderada ou grave apresentavam sempre valores mais elevados nos diferentes indicadores do que os grupos que declararam ter (ou ter tido) Acne ligeira.

Estes resultados podem ser compreendidos refletindo sobre a informação adicional recolhida pelo ICA e as características da amostra. Através do ICA pode-se compreender que a maioria dos indivíduos da amostra revela um conhecimento geral realista sobre a Acne e ajustado aos conhecimentos médicos atuais. Este facto talvez se deva a uma modificação da representação social da Acne, menos estigmatizante. A sua associação a um problema de saúde trivial e a uma amostra com média de idades jovens e tratamentos eficazes poderá fazer com que a vivência da Acne ligeira seja sentida como algo pouco impactante e praticamente sem consequências psicológicas e de socialização.

Apenas a Acne considerada pelos próprios como grave - quer pela intensidade, extensão das lesões e/ou permanência do problema - parece ter um impacto negativo ou até mesmo muito negativo - conforme relatos registados nas perguntas abertas do ICA.



## **Capítulo 7**

### **Conclusões**

#### **7.1 Introdução**

Neste último capítulo será efetuada a apresentação, análise e discussão integrada dos resultados dos três estudos realizados. Serão expostas as conclusões mais pertinentes, efetuando-se uma ligação entre a revisão de literatura e os dados obtidos no trabalho de campo.

Proceder-se-á ainda à confirmação, ou não, das hipóteses que foram previamente formuladas, e dar-se-á resposta às perguntas derivadas e, consequentemente, resposta à pergunta de partida. Finalmente são abordadas as limitações sentidas na presente investigação e far-se-ão algumas recomendações e sugestões para futuras investigações no âmbito da temática do presente trabalho.

#### **7.2 Discussão dos resultados**

Os diferentes estudos realizados nesta investigação pretenderam realizar uma recolha de informação ampla e aprofundada sobre algumas das temáticas associadas à Acne, nomeadamente o modo como esta se relaciona com variáveis importantes da vida psíquica e emocional, assim como o seu impacto nos comportamentos e atitudes adotadas pelos indivíduos.

No estudo I foi concebido um instrumento de recolha e análise das crenças e comportamentos sobre a Acne e o seu tratamento - o ICA. Este instrumento foi usado nos

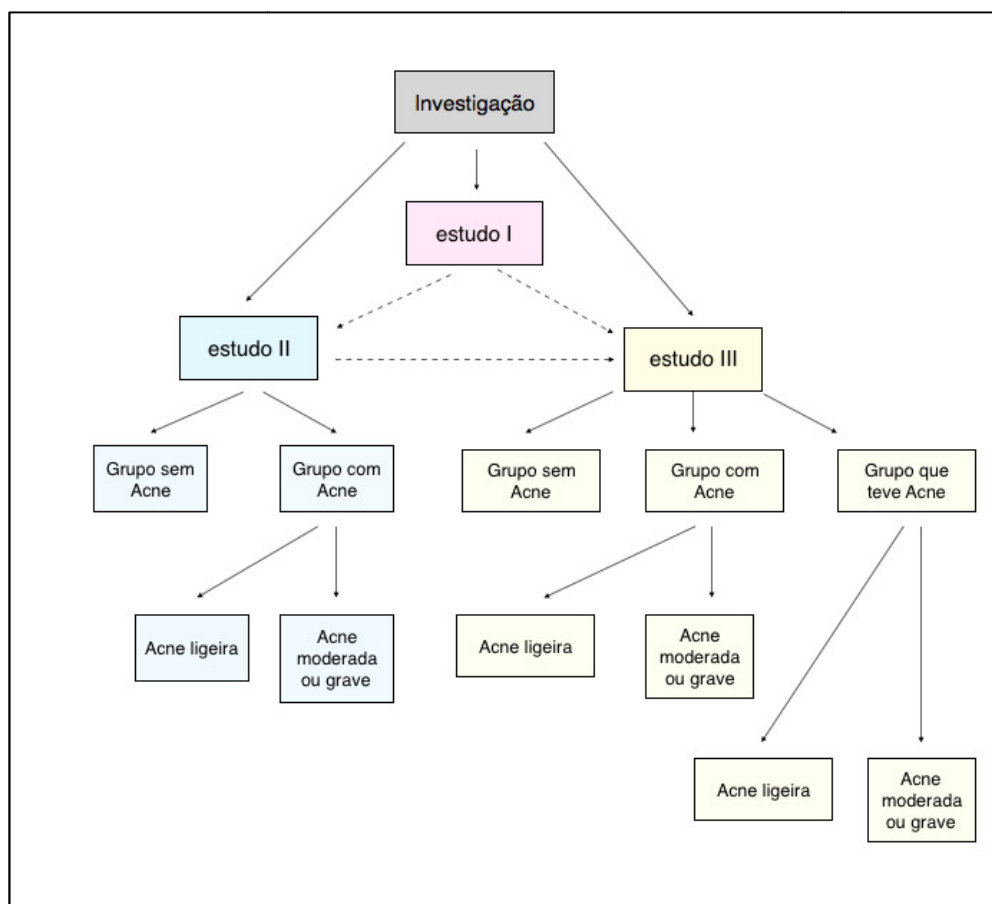
estudos II e III, neste último beneficiando das alterações decorrentes da análise dos resultados da sua aplicação no estudo II.

Em ambos os estudos, II e III, o ICA foi aplicado conjuntamente com os restantes instrumentos, aferidos e validados para a população portuguesa: IQV-D, EADS-21, *Brief COPE*, TAS-20 e a escala de graduação da Acne da AAD, adaptada aos objetivos desta investigação.

Os estudos II e III procuraram avaliar o impacto e as consequências psicológicas da Acne. A análise comparativa dos resultados destes dois estudos é complexa, dado que cada um teve um desenho autónomo e que ambos se basearam em amostras de conveniência, o que dificulta a sobreposição dos seus dados e consequente leitura compreensiva. São dois estudos exploratórios independentes, porém sequenciais, e que revelam, no plano da investigação, o amadurecimento de diversos conceitos e o seu aperfeiçoamento, tendo em conta a experiência prévia.

O estudo II tem uma estrutura mais simples, assente na comparação entre dois grupos: os indivíduos com, e os sem Acne. Foi aplicado a uma amostra que revelou ter uma média de idade cerca de onze anos superior à dos inquiridos no estudo III. Teve em conta o grau de gravidade da Acne - Acne ligeira e Acne moderada ou grave - na forma como foi percecionada pelo próprio. O estudo III foi organizado em torno de três grupos: indivíduos sem Acne, com Acne e os que tiveram Acne. Atendeu também ao grau de gravidade da Acne, considerando-a nos mesmos dois estádios do estudo II: Acne ligeira e Acne moderada ou grave. A figura 7.1 sistematiza graficamente a articulação entre os estudos desenvolvidos na presente investigação.





**Figura 7.1: Articulação dos estudos**

Os estudos II e III diferem não só na sua morfologia mas também nas amostras, ambas de conveniência, que lhes serviram de base. No estudo II a amostra é composta fundamentalmente por indivíduos do sexo feminino, casados, com idade média de 34 anos, enquanto que no estudo III a amostra é constituída essencialmente por indivíduos do sexo feminino, solteiros, com idade média de 23 anos. A amostra do estudo II contém essencialmente estudantes do ensino superior: 1º e 2º ciclo, enquanto a amostra do estudo III inclui, sobretudo, estudantes do 1º ciclo do ensino superior.

### 7.2.1 A qualidade de vida

No estudo III, o questionário da qualidade de vida foi apenas aplicado aos indivíduos que percecionavam ter Acne no presente, aquando da recolha de informação. Assim, apenas se analisou a possível perda da qualidade de vida nos indivíduos com Acne no seu conjunto, e fez-se uma análise comparativa entre os indivíduos que se avaliaram subjetivamente como sofrendo de Acne ligeira e Acne moderada ou grave.

Em ambos os estudos - II e III - a maior parte dos indivíduos com Acne revela que a doença tem pouco impacto na sua qualidade de vida. Os que têm Acne moderada ou grave referem um impacto negativo algo crescente da Acne na qualidade de vida - especialmente nos sintomas e sentimentos. Mas ainda assim, apesar de o impacto negativo aumentar com o grau de gravidade da doença, e de no estudo III atingir um patamar mais elevado do que no estudo II, de acordo com os valores da escala de Hongbo et al. (2005), os valores do IQV-D inserem-se no intervalo classificado pelos autores como de “pequeno impacto” - figura 7.2.

Os resultados obtidos relativos à perda de alguma qualidade de vida - ainda que leve e que se acentua com a gravidade da doença - vão ao encontro do defendido por autores referidos na revisão de literatura (Rubinow et al., Gupta et al. *in* Fehnel, 2002; Green, 2010; Van der Meeren, Van der Schaar & Van der Hurk *in* Ozturk et al., 2013; Hawro et al., 2014), potenciados pela cronicidade da doença (Hawro et al., 2014). Pereira et al. (2012) relatam que pacientes com psoríase mais grave apresentam pior qualidade de vida do que os pacientes com psoríase mais suave. Os resultados desta investigação, no que respeita à Acne, vão no mesmo sentido destas descobertas para a psoríase. Contudo, os resultados não permitem afirmar que a perda de qualidade de vida ligada à vivência subjetiva da Acne possa estar na origem do efeito traumático observado nos relatos dos pacientes na clínica psicanalítica, que esteve na génese do desenho desta investigação.

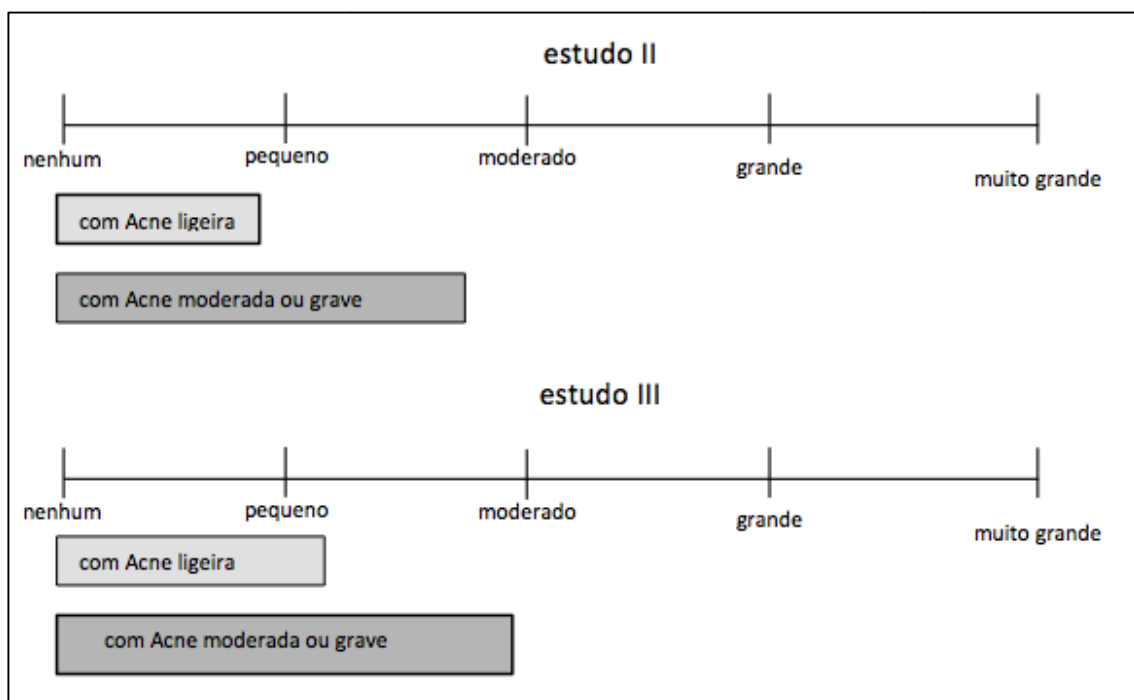


Figura 7.2: Impacto na qualidade de vida observado nos estudos II e III

A perda da qualidade de vida, assente principalmente nos sintomas e sentimentos, permite ainda enquadrar este tipo de impacto nos fatores subjetivos defendidos por Potocka et al. (2008). A influência da Acne nas atividades quotidianas enumeradas por Green (2010) e enquadradas por Chren et al. (1996) nos efeitos físicos, não se verificaram nas amostras de ambos os estudos. No presente caso, os resultados do IQV-D, ao acentuarem o fator dos sintomas e sentimentos, vão ao encontro da associação entre a autoperceção, o papel emocional e o papel social na qualidade de vida, indicada por Fehnel et al. (2012). O uso de um instrumento de medida permitiu atenuar a subjetividade subjacente à perceção da doença, quando reportada pelo próprio e o seu impacto na qualidade de vida do paciente, e poderá permitir a avaliação do impacto psicológico da Acne, da necessidade de acompanhamento psicológico e melhorar o resultado terapêutico (Dréno, 2006). O caso específico do IQV-D, adaptado pelo CIPUL para a realidade portuguesa, apresentou as características métricas adequadas e ajustou-se aos objetivos da presente investigação.

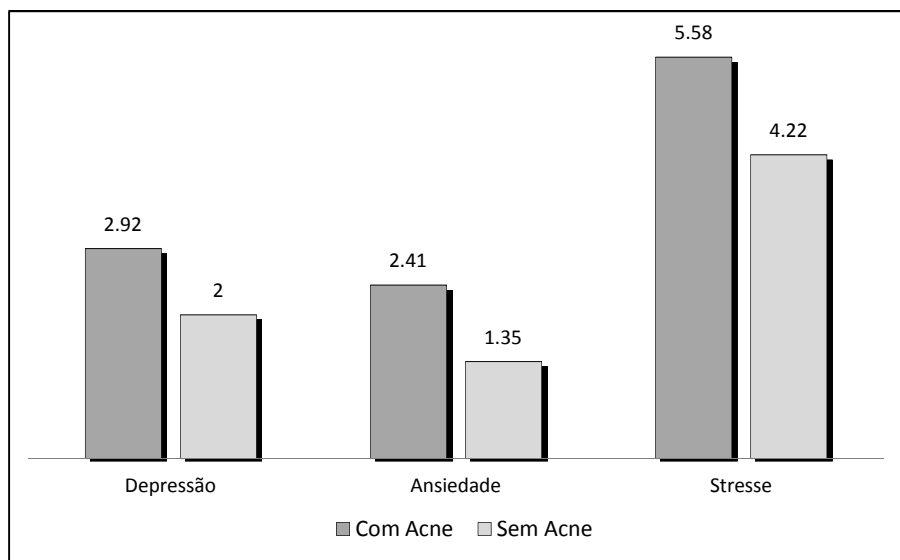
Neste trabalho, não foram pesquisados fatores de proteção. Contudo, face aos dados observados - nomeadamente um impacto pequeno - seria, naturalmente, importante investigar a existência de fatores protetores, que pudessem ajudar a compreender os resultados obtidos.

### **7.2.2 Ansiedade, depressão e stresse**

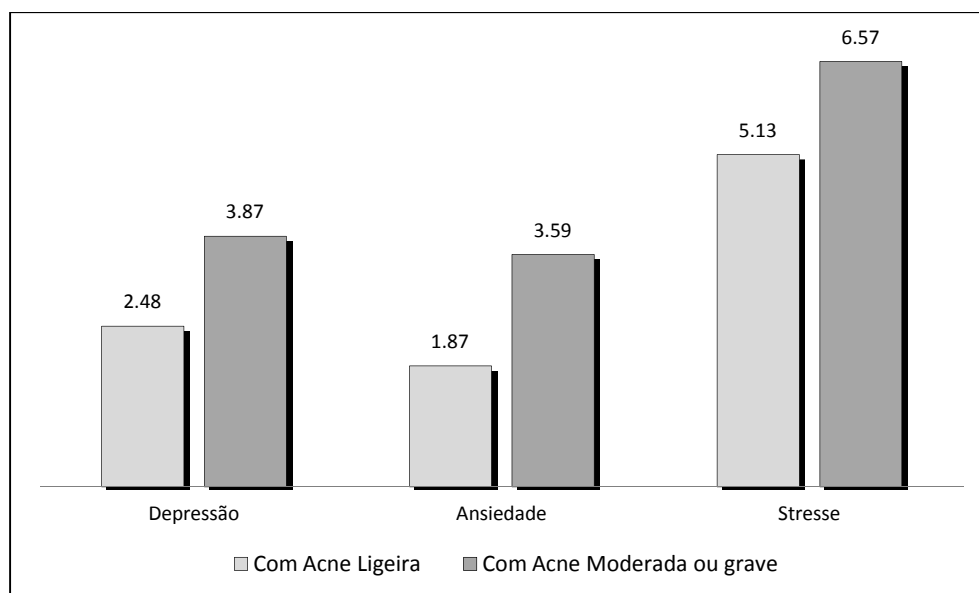
Devido à sua importância para o equilíbrio mental e às condições objetivas de recolha de informação, foram escolhidas três dimensões - depressão, ansiedade e stresse - para serem alvo de análise e investigação detalhada nos estudos II e III, utilizando a escala EADS-21. Esta escolha foi apoiada no trabalho de Bowe e Logan (2011), que considera que o eixo depressão-ansiedade está na base da Acne, através da inter-relação vísceras-cérebro-pele. Considerou-se que, se fosse encontrado um incremento significativo dos indicadores de depressão, ansiedade e stresse nos indivíduos com Acne - face aos indivíduos sem Acne -, apesar de não se poder saber se tal incremento se deveria à presença da Acne ou se, pelo contrário, se deveria a efeitos secundários da experiência subjetiva da vivência da Acne, se poderia inferir a existência de uma relação entre a Acne e estas dimensões.

Os resultados do estudo II vão no sentido de se observarem níveis de ansiedade, depressão e stresse em indivíduos com vivência da Acne diferentes dos apresentados pelos indivíduos sem vivência da Acne. Dentro dos indivíduos com Acne, aqueles que têm Acne moderada ou

grave têm ainda níveis de ansiedade, depressão e stresse mais elevados do que os observados em indivíduos com Acne ligeira, tal como o ilustrado nos gráficos 7.1 e 7.2.



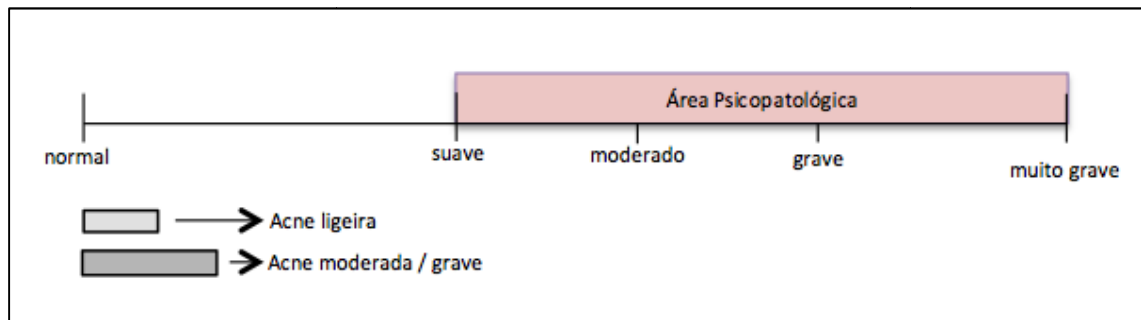
**Gráfico 7.1: Estudo II, EADS-21**



**Gráfico 7.2: Estudo II, EADS-21, grupo com Acne**

Estas diferenças, contudo, não têm reflexos em termos psicopatológicos. Em qualquer um dos grupos a maioria dos indivíduos apresenta valores fora da área psicopatológica, como se ilustra

na figura 7.3. Contudo, no grupo com Acne moderada ou grave, as três dimensões estudadas - ansiedade, depressão e stresse - aproximam-se mais de valores psicopatológicos. Mas não se pode, pelos dados recolhidos e analisados, saber se é a intensidade das dimensões que influencia o grau de gravidade da Acne e/ou o inverso.



**Figura 7.3: Estudo II, EADS-21 - impacto psicopatológico**

Os resultados encontrados no estudo III permitiram aprofundar a compreensão das conclusões observadas no estudo II e remeteram para novas questões. No estudo III, a amostra era composta por três grupos: um composto por indivíduos com Acne, um outro formado por indivíduos sem Acne e um terceiro grupo - que não existia no estudo II - de indivíduos que tiveram Acne, mas que percecionavam que já não a tinham no momento da recolha da informação. A introdução deste novo grupo de análise contribuiu para um acréscimo de complexidade nesta investigação, permitindo aceder a novas dimensões do fenómeno. O gráfico 7.3 ilustra os valores do EADS-21 para os três grupos da amostra.

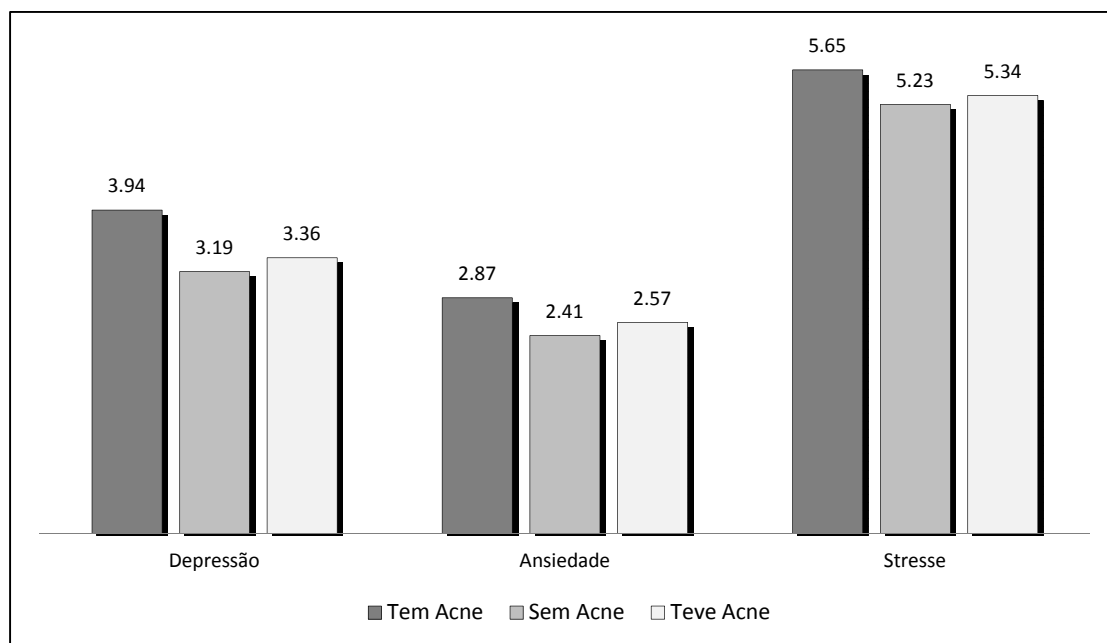


Gráfico 7.3: Estudo III, EADS-21

Constatou-se a existência de diferenças significativas entre os indivíduos que têm Acne e que percecionaram a sua Acne como ligeira e os que, tendo Acne, a percecionaram como moderada ou grave, apresentando estes últimos valores significativamente mais elevados na dimensão depressão. Em relação ao grupo dos indivíduos que tiveram Acne, registaram-se apenas diferenças significativas entre os indivíduos que percecionavam a sua Acne como ligeira, comparativamente com os que percecionavam a sua Acne como moderada ou grave, apresentando estes últimos valores significativamente mais elevados na dimensão ansiedade - quadro 7.1.

Quadro 7.1: Estudo III - EADS-21: Médias e medianas - Mann-Whitney

	Total	Depressão	Ansiedade	Stresse
Grupo sem Acne x Grupo com Acne	(p=0,24) =	(p=0,09) =	(p=0,06) =	(p=0,56) =
Grupo sem Acne x Grupo que teve Acne	(p=0,98) =	(p=0,90) =	(p=0,73) =	(p=0,97) =
Grupo com Acne x Grupo que teve Acne	(p=0,33) =	(p=0,18) =	(p=0,16) =	(p=0,66) =
Grupo com Acne ligeira x Grupo com Acne moderada ou grave	n/a	(p=0,03) ≠	(p=0,64) =	(p=0,66) =
Grupo que teve Acne ligeira x Grupo que teve Acne moderada ou grave	n/a	(p=0,95) =	(p=0,04) ≠	(p=0,66) =

Legenda: = sem diferenças significativas | ≠ com diferenças significativas | n/a não aplicável

As conclusões do estudo II, relativas ao aumento dos valores de ansiedade, depressão e stresse, associado ao grau de gravidade da Acne, vão ao encontro do defendido por Unlenhake et al. (2010), Oszturk et al. (2013) e Yang et al. (2014). A variação da ansiedade e da depressão em consonância com o grau de gravidade da Acne, reportada por indivíduos que tiveram Acne e indivíduos com Acne do estudo III, vai ao encontro do defendido por Gupta e Gupta (1998), Green et al. *in* Reich et al. (2007), Kurtalic et al. (2010), Ozturk et al. (2012) e Yang et al. (2014). Por seu lado, Kilkenny et al. (1997), Rapp et al. (2004), Purvis et al. (2006), Bashir et al. (2010) e Oszturk (2013), que salientam particularmente a incidência da depressão em pacientes com Acne. Contudo, esta incidência apenas se verifica, no estudo III, em pacientes com Acne moderada ou grave. Unlenhake et al. (2010) corroboram esta asserção, mas levantam a questão de ser a Acne a provocar a depressão e/ou a depressão a agravar a Acne. As conclusões do estudo III relativas aos indivíduos que tiveram Acne vão no sentido de haver um aumento da ansiedade à medida que a Acne se agrava e convergem com as conclusões suportadas por Wu et al. (1998) e Kurtalic (2010).

Ou seja, apesar de os estudos II e III apresentarem conclusões distintas, a diversidade de estudos realizados contribui para que haja uma fundamentação teórica das diferentes conclusões. Genericamente, pode-se afirmar que a ausência de diferenciação dos grupos em relação às variáveis estudadas - ansiedade, depressão e stresse - vai no sentido de confirmar as observações contraditórias encontradas na revisão de literatura. Para algumas amostras, estas variáveis parecem ser fatores relevantes, enquanto que para outras não. Esta instabilidade de resultados acentua a convicção de se poder estar perante um fenómeno de grande complexidade e com diversas variáveis mediadoras a identificar.

A observação de que os indivíduos que tiveram Acne moderada ou grave têm níveis de ansiedade significativamente mais elevados do que os indivíduos que tiveram Acne ligeira poderá significar que a experiência subjetiva da Acne poderá “tornar” os indivíduos mais ansiosos. Esta perspectiva poderá, em trabalhos futuros, ser objeto de investigação.

Os resultados da EADS-21 também podem ser analisados tendo em conta a sua leitura clínica de acordo com a classificação de Lovibond e Lovibond (1995), constante na tabela 3.1 do capítulo 3. Em ambos os estudos, a esmagadora maioria da amostra e respetivos grupos são compostos por indivíduos com níveis normais de depressão, ansiedade e stresse. No estudo II, entre 72 e 75% dos indivíduos com Acne, e entre 83 e 90% dos indivíduos sem Acne registam níveis normais de depressão, ansiedade e stresse. No estudo III, cerca de 69% dos indivíduos com Acne, entre 73% e 76% dos indivíduos que tiveram Acne, e entre 73% e 76%

dos indivíduos sem Acne apresentam níveis normais de depressão, ansiedade e stresse. Uhlenhake et al. (2013) relataram a existência de aproximadamente 9% de indivíduos com depressão clínica nas amostras de indivíduos com Acne. No estudo III observa-se que, na amostra de indivíduos com Acne, apenas mais 6% apresentam valores de depressão com relevância clínica, em comparação com o grupo de indivíduos sem Acne. O grupo de indivíduos sem Acne apresenta 25% de ocorrências consideradas no âmbito da psicopatologia, enquanto o grupo de indivíduos com Acne apresenta um valor de 31%.

Constata-se que, apesar de se observarem diferenças significativas nestas dimensões entre os grupos da amostra no estudo II, existe uma percentagem maior de indivíduos, no seu conjunto, em cada um dos grupos (com acne e sem acne), com níveis normais nas dimensões referidas. No estudo III não se observam diferenças entre os grupos para nenhuma das dimensões em estudo no EADS-21, mas a percentagem de indivíduos com níveis normais é mais reduzida. Destaca-se que na análise das médias dos valores não se encontram diferenças significativas.

Os dados do estudo III não apoiam, portanto, os dados registados no estudo II no que respeita às três dimensões avaliadas pela EADS-21. Este resultado, inesperado após a realização e análise do estudo II, poderá eventualmente ser compreendido tendo em conta a diferença da média de idades dos indivíduos entre as amostras dos estudos II e III. A média etária da amostra do estudo II é aproximadamente uma década mais velha do que a média dos indivíduos do estudo III. Os indivíduos mais jovens parecem ser mais “resistentes” a alterações da ansiedade, depressão e stresse correlacionadas com a Acne. Contudo, quando o indivíduo padece de Acne moderada ou grave, tende a ter níveis de depressão mais elevados - significativamente mais elevados do que quando tem Acne ligeira - e, quando padeceu de Acne moderada ou grave, tende a apresentar níveis de ansiedade mais elevados.

Neste momento levanta-se a hipótese adicional de que se tenha registado uma mudança na representação social da Acne, e que essa mudança tenha tido repercussões na forma como os indivíduos experienciam a vivência da Acne. Colocam-se novas perguntas a serem investigadas em estudos posteriores: Será que a geração mais jovem está melhor informada? Que procura tratamento mais rapidamente, não dando lugar ao agravamento da Acne? Que terão ocorrido alterações no universo de um adolescente e jovem adulto, que funcionem como factores protectores em relação à Acne, como por exemplo a generalização da utilização da pílula contraceptiva? É também possível que o aumento de opções terapêuticas e a o incremento da sua eficácia possa ter contribuído para uma mudança da representação social da Acne, tendo



esta passado a ser encarada como uma doença comum, cuja presença não estigmatiza os doentes, uma vez que deixaram de ser categorizados como “feios” ou “repugnantes”?

Estas questões poderão ser colocadas e aprofundadas em investigações posteriores.

### 7.2.3 A alexitímia

A alexitímia é referida com frequência na literatura como uma característica da personalidade, que aparece frequentemente conjugada com doenças de fundo alérgico e classicamente associadas à psicossomática. A forma como foi, inclusivamente, cunhado o termo, por Peter Sifneos nos anos 70 (Veríssimo, 2011), permite perceber a relação intrínseca do termo com as doenças “clássicas” psicossomáticas. Segundo Veríssimo (2011), durante muito tempo alexitímia e psicossomática eram praticamente sinónimos. O conceito de alexitímia evoluiu e transformou-se, mas manteve uma forte ligação às suas origens e à ideia de ser um “traço de personalidade” presente, apesar de não ser exclusivo, em muitos dos indivíduos que tendem a desenvolver doenças de cariz psicossomático.

No estudo II foram identificadas diferenças significativas nos valores de alexitímia entre o grupo de indivíduos com Acne e os indivíduos sem Acne. No grupo de indivíduos com Acne, surgiram diferenças significativas entre o grupo que percecionava subjetivamente a sua Acne como ligeira e o que a percecionava subjetivamente como moderada ou grave. Atendendo ao defendido por Taylor e Bagby (2013), que consideram a alexitímia como um fenómeno que apresenta vários graus de presença, pode afirmar-se - com base nos dados do estudo II - que existe uma associação entre o grau de alexitímia e a Acne, sendo esse grau mais elevado quando a Acne é moderada ou grave.

Ainda no estudo II, analisando os valores dos três fatores que compõem a escala de alexitímia constata-se que existem diferenças significativas nos valores relativos aos fatores 1 e 2, quando se compara o grupo com Acne ligeira *versus* o grupo com Acne moderada ou grave. Não se observam contudo, diferenças significativas entre os indivíduos que percecionam subjetivamente a sua Acne como ligeira e os que a percecionam como moderada ou grave, relativamente ao fator 3 - quadro 7.2.

**Quadro 7.2: Estudo II - TAS-20**

Grupo com Acne <i>versus</i> Grupo sem Acne – fator 1	Diferenças significativas
Grupo com Acne <i>versus</i> Grupo sem Acne – fator 2	Diferenças significativas
Grupo com Acne <i>versus</i> Grupo sem Acne – fator 3	Diferenças significativas
Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> Grupo com Acne moderada ou grave – fator 1	Diferenças significativas
Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> Grupo com Acne moderada ou grave – fator 2	Diferenças significativas
Grupo com Acne ligeira <i>versus</i> Grupo com Acne moderada ou grave – fator 3	Sem diferenças significativas

Em relação ao estudo III, constata-se que na escala de alexitimia o comportamento da amostra revela diferenças significativas entre os grupos sem Acne e com Acne, e entre os grupos com Acne e que tiveram Acne, tendo em conta os valores médios encontrados nos diversos grupos. Verifica-se ainda que existe uma diferença significativa dentro do grupo com Acne, quando se comparam os subgrupos com Acne ligeira e Acne moderada ou grave.

Em seguida apresentamos a análise dos resultados da TAS-20 por fatores:

O fator 1 - dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção - apresenta diferenças significativas entre o grupo com Acne e o grupo sem Acne, assim como entre o grupo com Acne e o grupo que teve Acne. Este facto vai ao encontro da importância da dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais, com dificuldade mais expressiva no grupo dos indivíduos com Acne.

O fator 2 - dificuldade em exprimir/descrever os seus sentimentos aos outros - pode estar associado ao agravamento da Acne ou ao desenvolvimento de Acne mais grave, uma vez que esta dificuldade pode levar o indivíduo a reprimir os seus sentimentos e, por sua vez, à repressão dos afetos - principalmente os negativos -, o que poderá ser um elemento importante na somatização, dadas as dificuldades de mentalização, tal como se defende nas abordagens mais psicanalíticas do fenómeno da psicossomática.

O fator 3 - pensamento orientado para o exterior - sendo um dos fatores da alexitimia, pode igualmente potenciar a predisposição do indivíduo para reagir de acordo com a representação social, já que estará mais disponível para dar crédito à opinião dos outros - representação social - e temer exclusão social ou estigmatização. Desta forma, através da variável intermédia - representação social com valência negativa - pode-se igualmente compreender a emergência do fator 3 como determinante, enquanto separador eficaz dos grupos - com, sem, e teve Acne.

O quadro 7.3 sintetiza a comparação dos vários grupos no estudo III.

**Quadro 7.3: Estudo III - TAS-20: Médias e medianas - Mann-Whitney**

	<b>Total</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>
Grupo sem Acne x Grupo com Acne	p<0,001 ≠	p=0,005 ≠	p=0,02 ≠	p<0,001 ≠
Grupo sem Acne x Grupo que teve Acne	p=0,24 =	p=0,08 =	p=0,98 =	p=0,02 ≠
Grupo com Acne x Grupo que teve Acne	p=0,04 ≠	p<0,001 ≠	p=0,22 =	p=0,01 ≠
Grupo com Acne ligeira x Grupo com Acne moderada ou grave	p=0,01 ≠	p=0,06 =	p=0,02 ≠	p=0,17 =
Grupo que teve Acne ligeira x Grupo que teve Acne moderada ou grave	p=0,67 =	p=0,83 =	p=0,77 =	p=0,41 =

Legenda: = sem diferenças significativas | ≠ com diferenças significativas

De acordo com o quadro 7.2 podemos perceber que os três fatores são relevantes na distinção entre o grupo sem Acne e o grupo com Acne, enquanto que o fator 3 é aquele que revela ter potencial para diferenciar os 3 grupos, isto é, sem Acne, com Acne e teve Acne. Por sua vez o fator 2 parece ser a variável mais relevante no agravamento da Acne no grupo com Acne.

Em síntese, os três fatores estão envolvidos na separação do grupo sem Acne dos grupos com Acne, levando-nos a crer que todos os fatores têm relevância para a Acne. O fator 3 parece estar mais relacionado com a diferenciação entre ter e ter tido Acne. Por último, o fator 2 é determinante no agravamento da Acne.

Willemsen et al. (2008) sugerem que a alexitimia pode ser considerada como um fator de risco para um conjunto amplo de perturbações médicas e psiquiátricas, podendo aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento de um conjunto de doenças como fator adicional à predisposição genética e emocional. Consideram ainda que a presença de alexitimia poderá estar relacionada com escolaridade e níveis sócio-económicos baixos, assim como destacam o facto de os indivíduos alexitímicos terem dificuldades em gerir a perturbação emocional, o que faz com que tendam a apresentar respostas exacerbadas do sistema nervoso autónomo e neuroendócrino, gerando, consequentemente, terreno fértil para o desenvolvimento de doenças somáticas.

Nesta medida presumiu-se então que, se a Acne fosse uma doença dermatológica com cariz psicossomático, seria razoável encontrar no grupo com Acne uma incidência significativamente maior de indivíduos alexitímicos ou possíveis alexitímicos do que nos grupos de indivíduos sem Acne. Como se pode aferir pela tabela 7.1, verificou-se em ambos

os estudos um acréscimo dos indivíduos alexitímicos nos grupos com Acne, face aos grupos sem Acne, e a existência de mais alexitímicos entre os indivíduos com Acne moderada ou grave, face aos indivíduos com Acne ligeira. Estes resultados apontam no sentido de haver uma relação entre a intensidade da alexitimia e o grupo de Acne.

**Tabela 7.1: Distribuição dos indivíduos por intensidade da alexitimia e grupos de Acne**

	Estudo II				Estudo III			
	sem Acne	com Acne			sem Acne	com Acne		
		total	ligeira	moderada ou grave		total	Ligeira	moderada ou grave
Não alexitímico	161 83%	108 63%	82 70%	22 41%	402 61%	303 52%	196 56%	107 46%
Possível alexitímico	22 11%	34 20%	18 15%	12 22%	138 21%	115 20%	69 20%	46 20%
Alexitímico	12 6%	30 17%	18 15%	20 37%	124 19%	167 29%	86 25%	81 35%

Na literatura não foi possível encontrar trabalhos que relacionassem diretamente a Acne com a alexitimia, pelo que esta característica foi investigada pela sua associação com personalidades com predisposição ao adoecer somático e no pressuposto de que a Acne poderia ser também vista, pensada e equacionada, como uma doença com um cariz psicossomático. Tal não foi consubstanciado pelos resultados no estudo II nem no estudo III, dado que a esmagadora maioria dos indivíduos, em qualquer um dos grupos em análise e em ambos os estudos, se insere na categoria não alexitímico. Contudo, tal como referem Taylor e Bagby (2013), se a alexitimia for pensada não como uma característica - que existe ou não existe - mas como um estado que varia na própria personalidade e entre personalidades, pode pensar-se que valores mais elevados poderão corresponder a um risco maior de somatização. Neste sentido, as diferenças encontradas no estudo II já poderão ser relevantes, e o estudo III poderá revelar que é efetivamente o fator 3 o que mais contribui para esse risco, enquanto que o agravamento da somatização ficará mais sobre a responsabilidade do fator 2.

#### 7.2.4 O *coping*

Outro eixo fundamental da investigação foi o estudo das estratégias de *coping* e a sua possível conjugação com a presença da Acne, bem como das suas eventuais implicações ao nível da gravidade da doença.

A forma como a vivência da Acne gera alterações nos estados emocionais - e em que grau - depende das estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com os elementos stressores do evento.

A presente investigação orientou-se pela importância da subjetividade e, nessa medida, considerou que a forma como os indivíduos experienciam e lidam subjetivamente com a Acne é mais importante do que a condição objetiva da presença da doença e do seu grau de gravidade. Foi com base nesta convicção que a avaliação da Acne assente na *Escala de Graduação da Acne da Academia Americana Dermatologia* foi preenchida unicamente pelo próprio, tendo por fundamento apenas a sua perceção subjetiva. A eficácia ou a ineficácia das estratégias de *coping* poderá influenciar esta percepção subjetiva. Ou seja, se as estratégias de *coping* não forem adequadas à situação-problema, é provável que não se observem “danos” elevados ou evidentes do confronto com o problema e com o manejo das consequências da convivência prolongada com a doença.

Os resultados de ambos os estudos - II e III - no que respeita às estratégias de *coping* estão ilustrados nas figuras 7.4 e 7.5 e são concordantes, revelando-se um predomínio da utilização das estratégias de *coping* adaptativas e um aumento da utilização dessas estratégias quando os indivíduos se deparam com uma situação de Acne moderada ou grave. A utilização de estratégias não adaptativas é concomitante com a utilização de estratégias adaptativas, mas a frequência da sua utilização revela que os indivíduos, independentemente do grupo em que se inserem, não as privilegiam, preferindo as adaptativas.

No estudo II, observou-se uma propensão para a utilização mais acentuada de estratégias por evitamento emocional por parte de indivíduos com Acne e, principalmente, com Acne moderada ou grave, enquanto que no estudo III sobressaiu a estratégia de ativação emocional.

As três dimensões estudadas nas amostras dos grupos com Acne e que teve Acne, no estudo III, comportam-se de forma homogénea e observa-se que os indivíduos, em ambos os grupos, utilizam as três dimensões sem se focarem numa modalidade específica: tanto utilizam estratégias de *coping* focadas na resolução do problema, como estratégias por ativação

emocional e estratégias de evitamento emocional. Contudo, é perceptível uma tendência à utilização predominante de estratégias de ativação emocional.

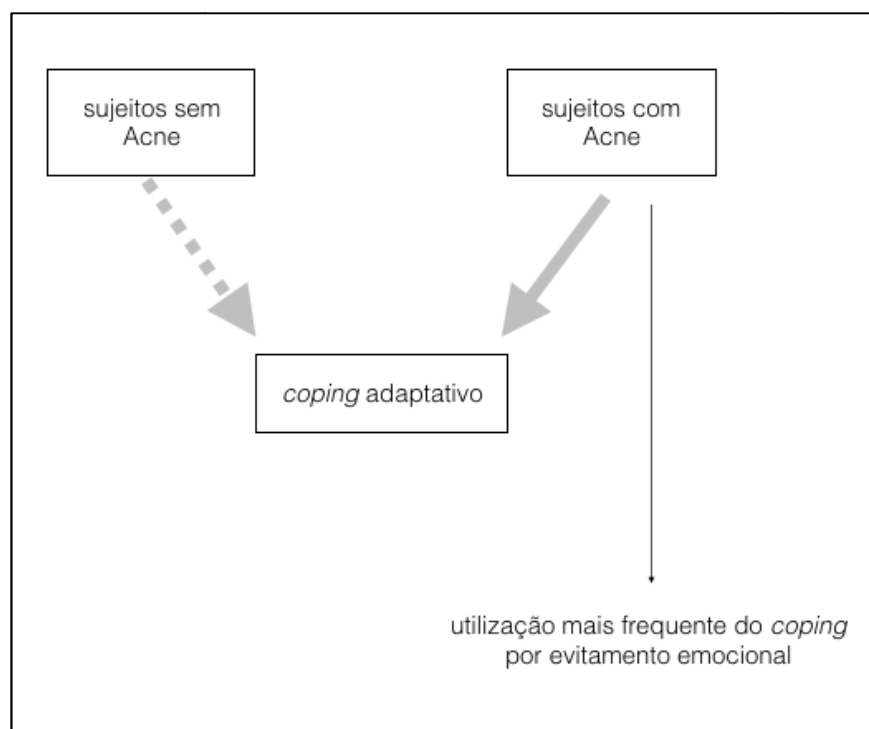


Figura 7.4: Estudo II - *coping*

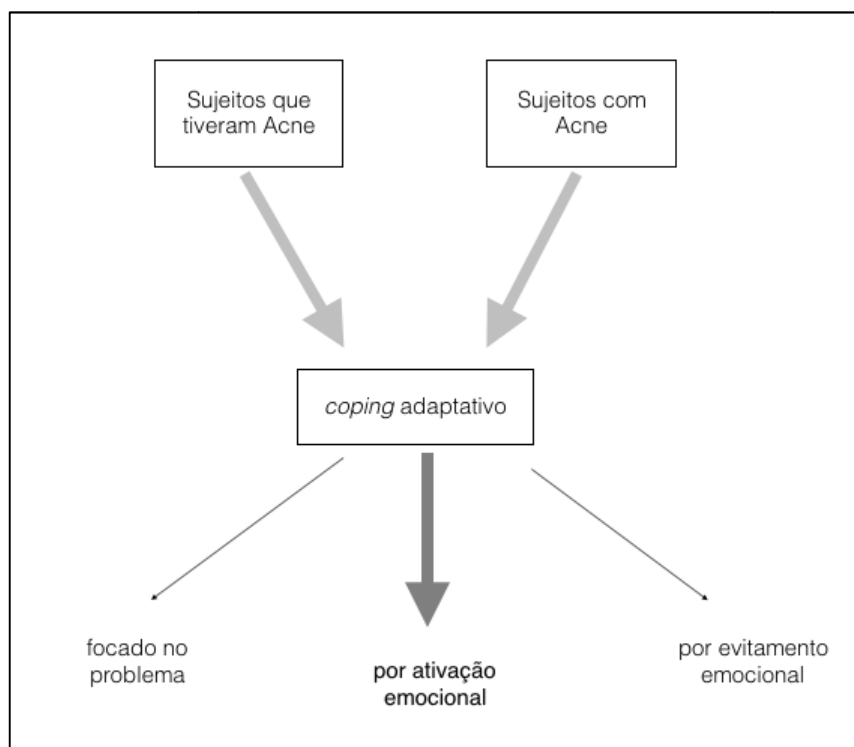


Figura 7.5: Estudo III - *coping*

O facto de os dois estudos estarem na generalidade em consonância no que respeita à adoção dos mecanismos de *coping* para lidar com a Acne, e tendo em conta que existe uma diferença considerável na média etária nas amostras dos estudos em questão, vai ao encontro do defendido por Niemer et al. (1998), o qual afirma que nos aspetos essenciais a idade não influencia as estratégias de *coping*. O comportamento específico dos indivíduos com Acne no estudo II, de tenderem a adotar o evitamento emocional à medida que a Acne se agravava, é concordante com os estudos de Ebata e Moss (1994). Seria interessante avaliar em futuras investigações se a tendência para o *coping* por evitamento coincide com a baixa coesão familiar de adolescentes.

#### **7.2.5 As crenças e os comportamentos sobre a Acne e o seu tratamento**

As crenças e os mitos em torno da Acne poderão ser determinantes para a forma como os indivíduos respondem e vivenciam a doença. Muitos autores acentuam a importância da educação e informação dos pacientes, como um dos modos mais eficazes de melhorar e de potenciar o sucesso nos tratamentos da Acne (Uslu et al., 2007; Poli et al., 2011). O acesso à informação apropriada pode ajudar a minimizar as consequências sociais e psicológicas (Pearl et al., 1998).

O ICA foi desenvolvido com o intuito de recolher informação relevante para a compreensão das crenças, comportamentos e relação dos indivíduos com o tratamento da Acne. Todos os itens incidem sobre a vivência dos indivíduos em relação à Acne, vivência essa observada de diversas perspetivas. O ICA revelou-se um instrumento útil e eficaz, ao recolher informação pertinente para o esclarecimento das hipóteses colocadas inicialmente. Foi concetualizado no percurso desta investigação e sofreu várias alterações, acrescentos e atualizações, que estabilizaram em duas versões: uma utilizada no estudo II e outra no estudo III. A versão do estudo III é substancialmente mais completa, recolhendo informação sobre a evolução da própria Acne e detalhando a sua relação com o tratamento. Para além das alterações e melhoramentos na construção dos itens, ocorreram também mudanças estruturais que passaram pela reorganização dos itens e a apresentação seletiva dos mesmos, tendo em conta as condições específicas do respondente em concreto: perceber não ter Acne, ter tido Acne, ou ter Acne. Estas alterações, melhoramentos e ajustes contextuais foram relatados em

pormenor no capítulo 4 - o desenvolvimento de um inventário de crenças e comportamentos sobre a Acne, ICA.

É de sublinhar que, tanto no estudo II como no estudo III, a maioria dos respondentes revelam ter crenças sobre a Acne com grande proximidade e homogeneidade, e que, simultaneamente, essas crenças são concordantes em grande medida com os resultados da validação do instrumento por especialistas.

No estudo II e no estudo III observou-se a concordância da maioria dos indivíduos relativamente à crença de que a Acne é causada por um conjunto de fatores, entre os quais a predisposição hereditária, as alterações hormonais e/ou psicológicas, o stresse, a ansiedade e o nervosismo têm um papel importante. Estas crenças vão ao encontro das investigações de Pearl et al. (1998), Tan et al. (2001), Brajac et al. (2004), Magin et al. (2006), Goodman (2006), Rigopoulos et al. (2007), Ali et al. (2010), Green & Sinclair (2011), Poli et al. (2011) e Machat et al. (2013).

Os especialistas que se pronunciaram sobre os itens relativos às crenças apresentados no ICA consideram haver fundamentação médica para estas crenças. Contudo estes profissionais dividem-se quanto a considerar que o stresse, a ansiedade e o nervosismo têm um papel importante na Acne. De modo idêntico, constatou-se que não existe consenso entre os dermatologistas que validaram o instrumento, sobre se a Acne é causada pela combinação de fatores hormonais e psicológicos. Estes dados fazem considerar a hipótese de que os especialistas podem ser algo resistentes a aceitar a importância dos fatores psicológicos em inter-relação com os fatores bio-psico-fisiológicos, apesar desta inter-relação ser extensamente relatada na literatura especializada e de a própria dermatologia ter desenvolvido uma área de investigação específica - a psicodermatologia. Por seu turno, os indivíduos que tiveram contacto com a Acne ao longo do seu percurso de vida encontram-se mais disponíveis para considerar que os fatores hormonais e psicológicos possam conjugar-se para originar ou potenciar a Acne.

Regista-se ainda que a maior parte dos respondentes de ambos os estudos considera que a Acne não se deve ao consumo de chocolate, nem de produtos lácteos. Esta asserção foi validada pelos especialistas da investigação. Curiosamente, na revisão de literatura, a crença de que a Acne surge associada à alimentação - nomeadamente ao chocolate - é a mais enraizada e difundida nas várias investigações (Pearl et al., 1998; Tan et al., 2001; Brajac et al., 2004; Magin et al., 2005; Magin et al., 2006; Goodman, 2006; Uslu et al., 2007; Rigopoulos et al., 2007;



Hedden et al., 2008; Yahya, 2009; Davidovici & Wolf, 2010; Green & Sinclair, 2011; Tahir & Ansari, 2012; Tatasiewicz et al., 2012; Machat, et al., 2013). Por outro lado, Pearl et al. (1998), Davidovici e Wolf (2010), Magin, et al. (2005) tinham salientado que não existia uma relação científica entre a Acne e a alimentação.

A crença de que a luz solar melhora a Acne, partilhada pelos indivíduos de ambos os estudos e corroborada pelos especialistas, encontra eco na revisão de literatura nas investigações de Magin et al. (2005), Goodman (2006), Magin et al. (2006), Hedden et al. (2008), Poli et al. (2008) e Machat et al. (2013).

Existe ainda um conjunto de crenças que é partilhado pelos participantes nos dois estudos e validado pelos especialistas: a Acne deve-se a um excesso de oleosidade da pele; espremer borbulhas agrava a acne; a Acne altera o bem-estar; as estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade; a Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

Verifica-se que a população portuguesa presente nas amostras está melhor informada acerca da Acne do que os grupos estudados noutros países. Os resultados da presente investigação vieram ao encontro da ideia de que a Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado, mas contrariam a ideia generalizada nos indivíduos dos dois estudos de que a Acne altera o bem-estar - as alterações registadas ao nível do bem-estar e qualidade vida são mínimas - e de que as estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade - não existem diferenças relevantes no que respeita à forma como os indivíduos lidam com a Acne entre os indivíduos do estudo II e do estudo III, apesar da média etária das respetivas amostras diferir cerca de uma década.

Considera-se que a circulação de informação entre os profissionais de saúde é de importância crucial para evitar a perpetuação de mitos potencialmente estigmatizantes. De importância não inferior parece ser a circulação de informação entre os especialistas e a população adolescente e jovem adulta. Os resultados desta investigação apontam no sentido de essa circulação estar a acontecer e ser fundamentalmente veiculada pela internet e pelo contato direto com os especialistas, em contexto de consulta.

Nas respostas abertas, que visavam recolher informação sobre a representação social da Acne, vários indivíduos apresentaram a sua definição de Acne, em vez de dizerem quais os seus sentimentos e ideias sobre esta, o que era o objetivo inicial da questão. Ainda assim, as respostas dadas às questões abertas deixaram alguns indicadores que ajudaram a formular

hipóteses compreensivas dos vários resultados deste estudo. Pode-se afirmar que os indivíduos com Acne parecem ter uma imagem negativa da Acne, enquanto que aqueles que tiveram Acne ou que nunca a tiveram têm predominantemente uma imagem neutra. Os indivíduos que sofrem de Acne moderada ou grave parecem ter uma imagem mais negativa da Acne do que os que têm Acne ligeira, seja a Acne no próprio, seja a Acne nos outros.

As amostras dividem-se entre uma representação negativa e uma representação neutra da Acne. Pode-se pensar que atualmente a negatividade da representação social da Acne não é unânime e que esta poderá estar a tornar-se mais próxima do neutro e a distanciar-se progressivamente da representação negativa, mais marcada na década anterior. Considera-se que, para aferir da veracidade deste raciocínio, o estudo da representação social da Acne deverá ser efetuado de forma mais rigorosa. Em estudos futuros deverá ser dada uma atenção especial à construção das questões de resposta aberta, para que se tornem de compreensão mais acessível.

### 7.3 Verificação das hipóteses

As hipóteses levantadas neste trabalho são a concretização da pergunta principal - pergunta de partida - que orientou toda a investigação. A verificação, ou não, destas hipóteses, concorrerá para se aferir em que medida se consideram cumpridos os objetivos da presente investigação.

Hipótese 1: O indivíduo acneico apresenta características específicas diferenciadoras.

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os indivíduos acneicos analisados nos dois estudos apresentaram, na maior parte das variáveis psicológicas estudadas, diferenças em relação ao grupo dos indivíduos sem Acne. Porém, não existe uma compatibilidade total entre os resultados dos dois estudos. De um modo geral, poder-se-á afirmar que o indivíduo acneico sente pouco impacto da Acne na sua qualidade de vida - embora haja maior impacto nos casos de Acne moderada ou grave -, terá maior tendência para ser alexitímico e usa essencialmente um *coping* adaptativo para lidar com a doença. Os indivíduos acneicos do estudo II apresentam maiores índices de depressão, ansiedade e stresse - embora sem reflexos psicopatológicos - o mesmo não se verifica no estudo III. No que concerne às crenças, não se encontram características específicas diferenciadoras.

Hipótese 2: As crenças sobre a Acne dos indivíduos com esta vivência são crenças realistas, ou

seja, crenças fundamentadas no conhecimento da ciência médica.

Esta hipótese confirma-se totalmente. As crenças dos indivíduos de ambos os estudos, nos diversos grupos das amostras - indivíduos sem Acne, indivíduos com Acne e indivíduos que tiveram Acne - coincidem, e vão ao encontro de todas as validações efetuadas pelos peritos. Houve apenas quatro crenças que não foi possível aferir através do painel de peritos.

Hipótese 3: Os indivíduos com vivência da Acne têm níveis de afetação psicológica diferentes dos indivíduos sem a percepção de vivência da Acne, no que concerne a:

#### H 3.1: Qualidade de vida dermatológica

Esta hipótese confirma-se totalmente, apesar de a Acne ter apenas um “pequeno impacto” na qualidade de vida na escala de Hongbo et al. (2005).

#### H 3.2 Depressão

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os indivíduos com acne da amostra do estudo II registam níveis de depressão superiores aos dos indivíduos sem Acne. Porém, o mesmo não se verifica nos indivíduos da amostra do estudo III, cuja média de idades é cerca de onze anos inferior.

#### H 3.3 Ansiedade

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os indivíduos acneicos da amostra do estudo II registam níveis de ansiedade superiores aos dos indivíduos sem Acne. No entanto, o mesmo não se verifica nos indivíduos da amostra do estudo III, que são cerca de onze anos mais novos.

#### H 3.4 Stresse

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Os indivíduos acneicos da amostra do estudo II registam níveis de stresse superiores aos dos indivíduos sem Acne. Contudo, o mesmo não se verifica nos indivíduos da amostra do estudo III, cerca de uma década mais novos.

#### H3.5 Utilização de estratégias de *coping*

Esta hipótese confirma-se totalmente. Os indivíduos com acne do estudo II privilegiam estratégias de evitamento emocional, face aos indivíduos sem acne. O estudo III não comparou estes dois grupos.

### H 3.6 Níveis de alexitímia

Esta hipótese confirma-se totalmente. Em ambos os estudos, os níveis de alexitímia dos indivíduos com Acne foram superiores aos dos indivíduos sem Acne.

### H 3.7 Crenças sobre a Acne

Esta hipótese não se confirma. Verifica-se que as crenças sobre a Acne não se alteram pelo facto dos indivíduos terem ou não Acne.

Hipótese 4: Os indivíduos com vivência de Acne moderada ou grave têm níveis diferentes de afetação psicológica face aos indivíduos com a perceção subjetiva de vivência da Acne ligeira, no que concerne a:

#### H 4.1 Qualidade de vida dermatológica

Esta hipótese confirma-se totalmente. Ambos os estudos mostram que o grau de gravidade da Acne influencia a qualidade de vida dermatológica.

#### H 4.2 Depressão

Esta hipótese confirma-se totalmente. Ambos os estudos mostram que a depressão tende a aumentar à medida que a Acne se agrava.

#### H 4.3 Ansiedade

Esta hipótese confirma-se parcialmente. No estudo II conclui-se que a ansiedade tende a aumentar à medida que a Acne se agrava. Tal não se verifica no estudo III.

#### H 4.4 Stresse

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Do estudo II infere-se que o stresse tende a aumentar à medida que a Acne se agrava. Tal não se verifica no estudo III.

#### H 4.5 Utilização de estratégias de *coping*

Esta hipótese confirma-se parcialmente. Apesar de ambos os grupos revelarem uma tendência para adotar estratégias adaptativas, que se acentuam à medida que a gravidade da Acne aumenta, os indivíduos acenicos do grupo II tendem a usar mais uma estratégia de evitamento emocional, enquanto os indivíduos do estudo III optam por uma estratégia de ativação emocional.

#### H 4.6 Níveis de alexitímia

Esta hipótese confirma-se totalmente. Ambos os estudos mostram que os níveis de

alexitimia tendem a aumentar à medida que a Acne se agrava.

#### H 4.7 Crenças sobre a Acne

Esta hipótese não se confirma. Em ambos os estudos conclui-se que as crenças sobre a Acne não se alteram com o grau de gravidade de Acne percecionada pelo indivíduo.

#### H 4.8 Comportamentos para lidar com a Acne

Esta hipótese não se confirma. Nos dois estudos conclui-se que os comportamentos para lidar com a Acne não se alteram com o grau de gravidade de Acne percecionada pelo indivíduo.

#### H 4.9 Procura de informação e tratamento junto de especialistas

Esta hipótese não se confirma. Em ambos os estudos conclui-se que a procura de informação e tratamento junto de especialistas não se altera com o grau de gravidade de Acne percecionada pelo indivíduo.

## 7.4 Resposta às perguntas derivadas

Verificadas as hipóteses, procedeu-se à resposta às perguntas derivadas:

Pergunta derivada 1: O que caracteriza o perfil psicológico do indivíduo acneico?

O perfil psicológico do indivíduo acneico caracteriza-se por:

- Reduzido impacto da Acne na qualidade de vida, sendo esta predominantemente prejudicada pelos sinais e sintomas, principalmente quando há manifestações na face e em áreas visíveis.
- Níveis ligeiramente aumentados, mas não patológicos, de depressão, ansiedade e stresse.
- Estilo de pensamento predominantemente orientado para o exterior.
- Dificuldade em exprimir os seus sentimentos aos outros, principalmente nos indivíduos com Acne moderada ou grave.
- Utilização preferencial de estratégias de *coping* adequadas e adaptadas à situação/problema.

- Nos indivíduos mais velhos, tendência de utilização de estratégias de *coping* por evitamento emocional.
- Nos indivíduos mais novos, tendência de utilização de estratégias de *coping* por ativação emocional.
- Conhecimentos medicamente sustentados sobre a Acne e com poucas crenças irrealistas.
- Procura de ajuda especializada adequada.
- Tendência para a representação social neutra da Acne nas camadas mais jovens.

Pergunta derivada 2: A qualidade de vida dos indivíduos com Acne é afetada?

A qualidade de vida dos indivíduos com Acne é relativamente pouco afetada, mas é afetada.

Pergunta derivada 3: Os estados depressivos, ansiosos e/ou stressantes alteram ou são alterados pela vivência da Acne?

Os estados depressivos, ansiosos ou stressantes podem-se alterar ou ser alterados pela vivência da Acne nos indivíduos mais velhos (amostra do estudo II). Mas a forma como tal acontece parece depender de variáveis intermédias. Nos indivíduos mais novos, os estados depressivos, ansiosos e/ou stressantes não se alteram com a vivência da Acne. Neste caso, o aumento dos níveis depressivos parece estar presente em indivíduos que têm Acne, enquanto os níveis de stresse mais elevados parecem tender a surgir em indivíduos que tiveram Acne.

Pergunta derivada 4: Os indivíduos com Acne têm modos específicos de *coping*?

Os indivíduos mais velhos com Acne parecem tender a utilizar preferencialmente estratégias de *coping* por evitamento emocional, enquanto os indivíduos mais novos utilizam toda a gama de estratégias de *coping* de forma adaptada, mas com propensão para o uso mais frequente de estratégias por ativação emocional. Quando a Acne coloca dificuldades mais acentuadas em termos de aumento de ansiedade, stresse ou estados depressivos, os indivíduos tendem a incrementar a frequência de utilização das estratégias de *coping* adaptativas e, por vezes, também de estratégias não adaptativas.

Pergunta derivada 5: Os indivíduos com Acne ou que tiveram Acne tendem a ser alexitímicos?

Não se observa uma tendência consistente para se encontrar mais alexitímicos em indivíduos acneicos. Observa-se, contudo, tendência para o aumento da frequência de alexitímicos e possíveis alexitímicos em grupos de indivíduos acneicos. A característica mais diferenciadora entre indivíduos com Acne e indivíduos sem Acne é a do pensamento orientado para o exterior. Esta característica predispõe os indivíduos a serem mais vulneráveis à opinião social sobre a Acne - representação social da Acne negativa - e a sofrerem em consequência desse facto. A dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros surge quando a Acne se agrava.

Pergunta derivada 6: Quais são as crenças dominantes sobre a Acne?

As crenças dominantes sobre a Acne são:

- A Acne é causada por um conjunto de fatores, entre os quais a predisposição hereditária.
- A Acne deve-se a um excesso de oleosidade da pele.
- A Acne não se deve ao consumo de chocolate nem de produtos lácteos.
- Apanhar sol melhora a Acne.
- Espremer borbulhas agrava a Acne.
- A Acne altera o bem-estar.
- As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade.
- A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.

Pergunta derivada 7: Quais os comportamentos utilizados para lidar com a Acne?

Os comportamentos mais frequentes relacionados com a Acne são:

- Evitar pensar na Acne e abstrair-se dela.
- Centrar-se mais nas suas qualidades, em detrimento dos seus defeitos.
- Sentir-se compreendido nas suas preocupações com a Acne.
- Procura de ajuda médica, esforço por seguir à risca o tratamento e os cuidados com a pele que foram indicados.
- Não se vestir de forma a tapar a Acne o mais possível.
- Não se maquilhar de modo a esconder a Acne o mais possível.
- Não usar franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível.

- Não usar barba para tapar a Acne o mais possível.
- Não evitar sair de casa ou sair à noite quando se está com Acne.
- Não evitar situações com muitas pessoas quando se está com Acne.

Pergunta derivada 8: De que forma o indivíduo com vivência da Acne se relaciona com o seu tratamento?

A maioria dos indivíduos com Acne procura ajuda e informação, sendo os médicos e a internet as fontes mais utilizadas. A maioria também conversa sobre a Acne ou pede ajuda, preferencialmente ao médico. Os que pedem ajuda, recorrem normalmente a um especialista. Os indivíduos com Acne ligeira tendem a pedir ajuda ao dermatologista e fazem-no substancialmente mais cedo do que os indivíduos com Acne moderada ou grave. A primeira consulta tende a ser marcada pelo próprio ou pela mãe. Habitualmente a mãe acompanha o doente na primeira consulta. Às consultas de seguimento os doentes tendem a ir sozinhos.

## 7.5 Resposta à pergunta de partida da investigação

As respostas às perguntas derivadas contribuíram para a resposta à pergunta de partida desta investigação:

Qual o impacto psicológico da Acne?

A Acne tem implicações complexas na dinâmica de funcionamento dos indivíduos que são por ela atingidos, gerando implicações bio-psico-sociais que passam por um amplo espectro, que pode ir da indiferença à convivência de um modo suficientemente saudável, à perturbação acentuada com claras restrições sociais e profundo sofrimento psíquico. Este extremo, observado na nossa prática clínica como psicanalista e psicoterapeuta, foi o ponto de partida da investigação e esteve presente em algum do conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas no estudo I. Porém, os resultados quantitativos do estudos II e III não o apoiam.

A circulação de informação científica, medicamente fundamentada, é crucial para desconstruir imagens erróneas e que potenciam a representação social com atribuições negativas. É fundamental a compreensão de que a Acne é uma doença e, como tal, não deverá permitir-se a



sua persistência sem o tratamento adequado, com base na convicção errónea de que é uma doença de fase de vida e que passa de modo espontâneo.

Quando a Acne é encarada como uma doença que requer um tratamento adequado e atempado, e não existe sobre ela um efeito estigmatizante, pode ser vivida com reduzido impacto na qualidade de vida e não potencia uma vivência emocional de grande magnitude - níveis normais de depressão, ansiedade e stresse. Se estes valores ficarem pontualmente aumentados, o indivíduo pode fazer uso de estratégias de *coping* adequadas e gerir esse excesso emocional temporário.

## 7.6 Conclusões

O presente trabalho analisou a componente psíquica da Acne no paciente, apurando o seu impacto nos comportamentos e atitudes adotadas. Procurou-se investigar as características psicológicas dos indivíduos com Acne ou que tiveram Acne, de forma a poder conhecer-se o perfil psicológico do indivíduo que percebe ter Acne.

Algumas vertentes das consequências psicológicas da Acne foram abordadas:

- A qualidade de vida dermatológica;
- A Acne e a ansiedade, a depressão e o stresse;
- As estratégias de *coping* ligadas à Acne;
- A ligação entre a Acne e a alexitimia;
- As crenças, comportamentos e atitudes à volta da Acne.

Numa primeira fase foi efetuada uma revisão de literatura abordando os tópicos em investigação. Apesar da maior parte dos estudos se referir a realidades e amostras de outros países, foi possível compreender os aspetos estruturantes do tema e efetuar um levantamento das características psicológicas mais relevantes ligadas à Acne.

Seguidamente foram escolhidos os instrumentos de avaliação a usar para medir as atitudes e comportamentos ligados às características a analisar. Privilegiou-se o uso de instrumentos adaptados à realidade portuguesa, que fossem fáceis de aplicar e que não fossem extensos.

Uma vez que não foi encontrado nenhum instrumento que medisse concomitantemente as crenças, os comportamentos e o tratamento face à Acne - muito menos traduzido, validado e aferido para a população portuguesa - optou-se por construir de raiz o ICA. Na sua componente das crenças, este instrumento foi submetido à apreciação de especialistas. O ICA foi posteriormente utilizado nos estudos II e III.

O estudo II, aplicado a uma amostra de 367 indivíduos - com e sem Acne - revelou que a qualidade de vida dos indivíduos acneicos é ligeiramente inferior à dos indivíduos não acneicos, e que piora à medida que a Acne se agrava. Mostrou a presença de índices de depressão, ansiedade e stresse superiores em indivíduos acneicos, quando comparados com os indivíduos não acneicos, e que existe uma relação entre estes índices e a gravidade da Acne, estando os pacientes acneicos mais propensos a adotar estratégias de evitamento emocional para lidar com estas situações. Registou-se também uma tendência para os indivíduos serem alexitímicos à medida que a Acne se agrava. No que respeita às crenças, verificou-se que os indivíduos que compunham esta amostra estavam na posse de informação correta sobre a Acne.

O estudo III foi aplicado a uma amostra de 1.666 indivíduos, que incluiu um terceiro grupo: os indivíduos que consideram que tiveram Acne, no passado, mas percecionam que não o têm, no presente. Tal como registado no estudo II, a Acne tem um pequeno impacto na qualidade de vida dos indivíduos acneicos. Mas, contrariamente ao estudo anterior, este estudo não revelou a presença de ansiedade, depressão e stresse em indivíduos acneicos. Apenas a depressão está presente quando se verifica um agravamento da Acne, o que também poderá revelar a presença de indivíduos alexitímicos. As estratégias de coping não tendem a mudar com o agravamento da Acne. Verifica-se que as crenças sobre a Acne que a maioria dos indivíduos da amostra tem são crenças fundamentadas no conhecimento da ciência médica e são independentes do indivíduo ter ou não Acne e do grau de gravidade da mesma.

A figura 7.6 foi construída com o intuito de ilustrar o percurso desta investigação e as implicações complexas da Acne na dinâmica de funcionamento dos indivíduos que por ela são atingidos.

Nesta investigação não se observou uma perda acentuada da qualidade de vida associada à experiência da Acne porque, muito provavelmente, em Portugal as camadas mais jovens da população estão bem informadas e, fazendo-o preferencialmente através da internet, possuem um conhecimento sobre a doença fundamentado na ciência médica e recorrem de forma

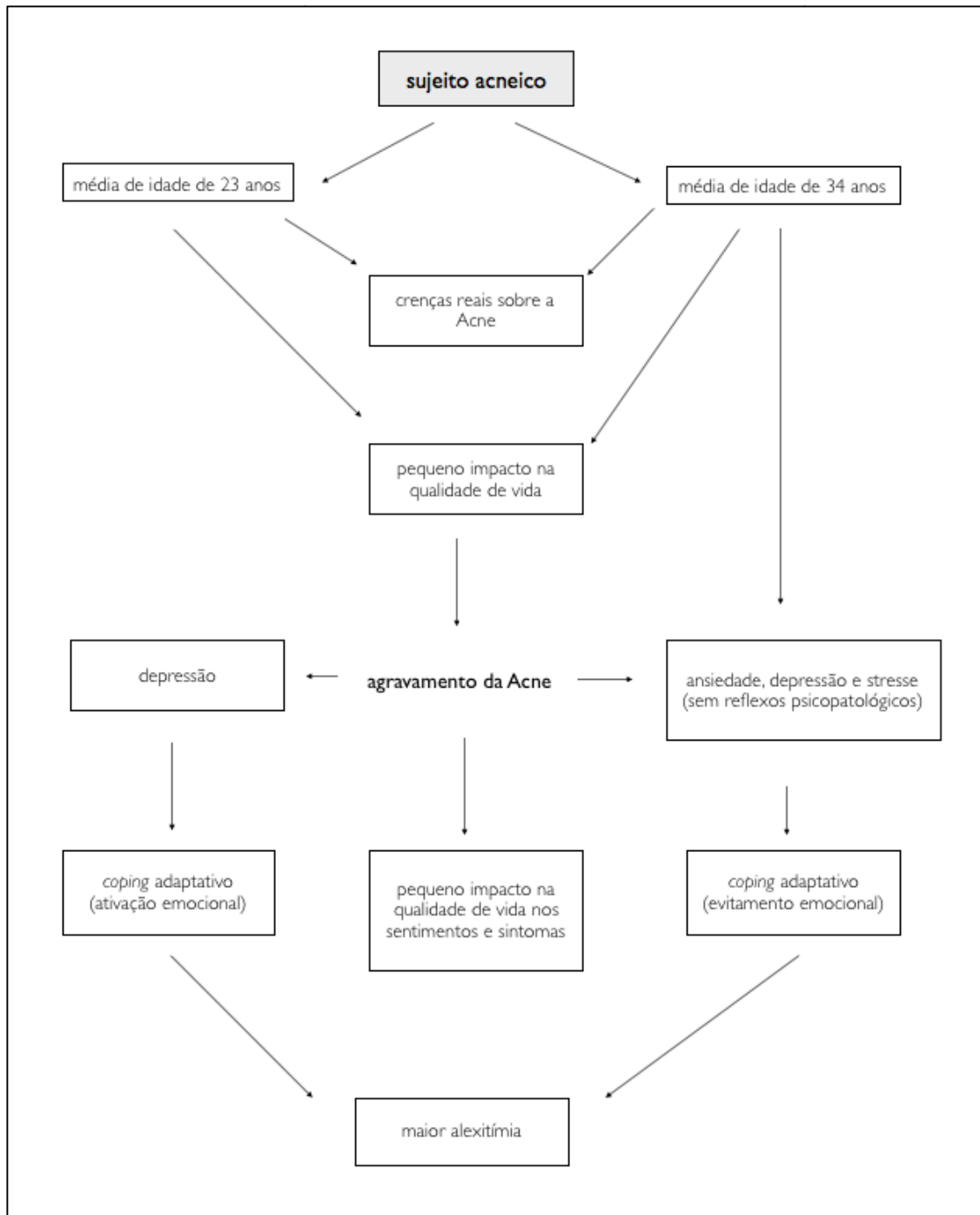
adequada ao seu tratamento, apoiando-se nos dermatologistas. A Acne tem um pequeno impacto na qualidade de vida. O seu agravamento afeta os sintomas e sentimentos, mas sem sair do parâmetro do “pequeno impacto” na qualidade de vida.

O grupo de indivíduos acneicos com idade média de 34 anos - Estudo II - revela que a Acne está ligada à ansiedade, à depressão e ao stress, na correspondência com o seu agravamento. O grupo de indivíduos com Acne, mais jovem, com idade média de 23 anos apenas evidencia sinais indicadores de depressão quando a Acne se agrava - Estudo III.

Em termos psicológicos, os sujeitos acneicos lidam de forma adequada com a Acne, utilizando estratégias de *coping* predominantemente adaptativas e flexíveis, variando entre a utilização de uma estratégia de ativação emocional, nos mais jovens, e uma estratégia de evitamento emocional, nos mais velhos. As estratégias de coping adequadas funcionaram como elementos protetores, fazendo com que não se observem consequências de maior a nível depressivo, ansioso ou stressante.

Existe uma tendência para haver alguns alexitímicos nos indivíduos acneicos, especialmente quando a gravidade da Acne aumenta.

Em ambos os estudos verifica-se que os indivíduos independentemente do grupo em que se inserem - com Acne, sem Acne, ou que tiveram Acne - revelam crenças sobre a Acne fundamentadas no conhecimento da ciência médica.



**Figura 7.6: Modelo da investigação**

Os resultados desta investigação levaram a refletir sobre a pertinência de, em estudos posteriores, se considerar a possibilidade de variáveis mediadoras, da esfera social e outras, que possam ser intermediárias entre a experiência subjetiva da Acne e o seu impacto psicológico, com reflexos na qualidade de vida e ao nível da intensificação de estados afetivos negativos, tais como a depressão, ansiedade e stresse. Uma das variáveis mediadoras, que

poderá ter importância determinante na forma como o indivíduo percepção a Acne e a vive subjetivamente, poderá ser a representação social com valência negativa.

Para ilustrar esta ideia, a figura 7.7 apresenta o modelo que articula as variáveis sociais e a representação social de valência neutra ou negativa, com algumas das variáveis estudadas.

Os indivíduos que padecem de Acne, tal como todos os indivíduos, vivem em permanência com influências que têm o seu ponto de origem, quer na esfera pessoal, quer na esfera social. As suas características pessoais, eventualmente baixa auto-estima e auto-imagem deficitária, conjugadas com uma representação social negativa da doença de que padecem - a Acne - com atribuições de “nojento”, “porco”, “repulsivo”, “feio”, entre outras, poderão promover um agravamento das características individuais - baixa autoestima e autoimagem deficitária - que, por sua vez, potenciam a emergência de quadros de depressão, ansiedade e stresse agravados. Por outro lado, quando o indivíduo tem Acne ligeira e lida com uma representação social neutra, que considera a Acne como uma doença tão banal como uma constipação ou uma alergia, e simultaneamente, procura tratamento precoce, evitando deste modo o agravamento, ele não sentirá, muito provavelmente, alterações dignas de nota na sua qualidade de vida, nem na sua autoestima. Na situação do indivíduo padecer de Acne moderada ou grave e simultaneamente estar exposto a uma representação social negativa da doença, ele poderá ver a sua autoestima fragilizada, e havendo outros fatores adicionais facilitadores, desenvolver eventualmente um quadro com indicadores de depressão, ansiedade e stresse agravados. Na situação do indivíduo padecer de Acne e estar exposto a uma representação social neutra da doença, mas associada à ideia de que se trata de uma condição fisiológica normal associada à idade, poderá demorar mais tempo na procura de uma terapêutica adequada, permitindo que a Acne se agrave desnecessariamente e, dessa forma, colocar-se perante o risco de agravamento dos traços psicológicos relacionados com alterações da autoestima e consequente tendência depressiva, ansiosa e stressante.

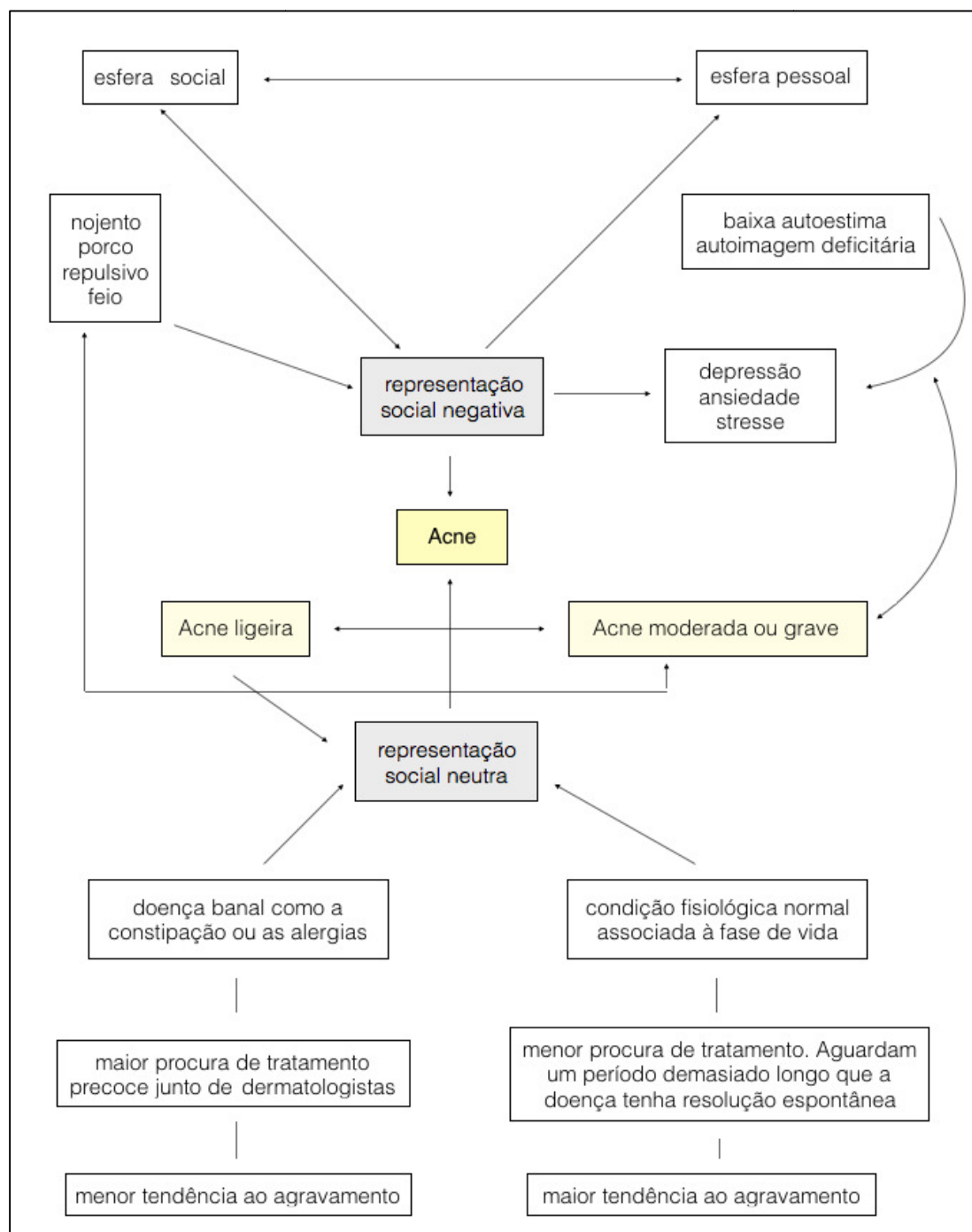


Figura 7.7: Modelo de articulação da representação social da Acne

## 7.7 Limitações da investigação

Esta investigação deparou-se com a quase inexistência de estudos na população portuguesa para poder ancorar melhor a revisão de literatura, o que constituiu uma limitação, pois de facto, cada grupo analisado sofre a influência de variáveis próprias do ambiente onde se insere.

Outra limitação prendeu-se com a diferença de dimensão e, sobretudo, da média etária entre as amostras recolhidas nos estudos. A amostra que esteve na base do estudo II era, em média, cerca de onze anos mais nova do que a amostra do estudo III, e consideravelmente menor.

Por último, as amostras utilizadas, se bem que de conveniência, permitem ter uma noção do impacto subjacente à percepção subjetiva de Acne em indivíduos do grupo etário entre os “vintes” e “trintas” anos, no presente. Faltaria obter uma amostra mais ampla e significativa, estratificada por idades com indivíduos de um grupo etário superior, mas também do grupo etário “até aos vinte” e cujo modo de recolha permitisse a divisão nos mesmos grupos do estudo III, ter acne, ter tido acne, sem acne, por oposição à amostra recolhida no estudo II, em que os indivíduos que tiveram acne ficaram provavelmente diluídos no grupo sem acne.

## 7.8 Propostas e sugestões de trabalhos futuros

Este estudo baseia-se nas percepções de pacientes com Acne no presente ou que percepcionam ter tido Acne no passado, assim como de profissionais de saúde com variadas formações, que com eles interagem. No entanto, a consistência das respostas recolhidas permite aferir o potencial do instrumento ICA para ser aplicado noutras investigações.

Do ponto de vista pragmático, acredita-se que se os serviços de saúde aos quais se dirigem os indivíduos com acne - as consultas de medicina geral e familiar e as consultas hospitalares dos serviços de dermatologia - passarem a usar este instrumento, será mais fácil a percepção das consequências psicológicas que a Acne tem em cada paciente. Dada a extensão do mesmo, o modo de aplicação do ICA terá de ser adaptado, tendo em conta os constrangimentos de tempo, a duração das consultas, e a capacidade dos utentes responderem a este. Pensa-se que várias alternativas poderão ser experimentadas, nomeadamente, a apresentação do ICA ao utente nas próprias consultas, durante a consulta de enfermagem, na sala de espera, na forma

de questionário escrito para autopreenchimento ou sob a forma de inquérito feito pelo profissional de saúde disponível. Aferir como o ICA poderá ser aplicado de modo, mais profícuo na vida prática da clínica e utilizado como instrumento de investigação será um outra etapa deste trabalho.

Assim, propõe-se que o *Inventário de Crenças, Comportamentos e Tratamento sobre a Acne*, ICA - criado nesta investigação - seja usado nas consultas de medicina geral e familiar e nas de dermatologia, em Portugal. É um instrumento validado por peritos - médicos com a especialidade de dermatologia - e da sua aplicação aos estudos II e III, resultou informação pertinente sobre as crenças, comportamentos e atitudes no decurso do tratamento da Acne.

O uso do ICA, na prática clínica poderá permitir aos médicos de medicina geral e familiar e dermatologistas rastrear os casos de doentes mais frágeis psiquicamente e encaminhá-los para acompanhamento psicológico. O incremento da articulação entre os profissionais que abordam a acne do ponto de vista médico e os que o fazem do ponto de vista psicológico, será potencialmente vantajoso. Pensa-se que poderá ter efeitos nas várias vertentes, quer contribuindo para a adesão ao tratamento, quer para a melhoria da qualidade de vida e diminuição do sofrimento psicológico associado à Acne.

Como investigação futura, julga-se pertinente desenvolver alguns aspetos decorrentes da presente investigação:

- A evolução da representação social da Acne em Portugal, para determinar até que ponto ainda é vista como estigmatizante, ou se passou a ser encarada como banal ou mesmo insignificante.
- A pesquisa de fatores protetores psicológicos nos indivíduos com Acne.
- O estudo sobre até que ponto, nos adolescentes portugueses, o *coping* por evitamento está ligado à baixa coesão familiar.
- A criação de um plano de investigação que tente validar as hipóteses subjacentes ao modelo da representação da Acne esquematicamente representado na figura 7.7.



## Referências Bibliográficas

- Ali, G., Mehtab, K., Sheikh, Z., Ali, H., Kader, S., Mansoor, et al. (2010). Beliefs and perceptions of acne among a sample of students form Sindh Medical College, Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*, 60 (1), 51-54.
- Anderson, R. & Rajagopalan, R. (1998) Responsiveness of the Dermatology-specific Quality of life (DSQL) instrument to treatment for acne vulgaris in a placebo-controlled clinical trial. *Quality of Life Research*, 7, 723-734.
- Anzieu, D. (1989). *The skin-ego*. Yale University Press.
- Anzieu, D. (1995). *El pensar: Del Yo piel al Yo pensante*. Madrid: Bibl Nueva.
- Amado, J., Matos, M., Abreu, A., Loureiro, L., Oliveira, J., Verde, A., & Massa, A. (2006). The prevalence of acne in the north of Portugal. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20 (10), 1287–1295. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.01791.x.
- Antoniazzi, A., Dell’Aglia, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 3(2), 273-294.
- Arendt, F., Steindl, N. & Vitouch, P. (2014). Effects of News Stereotypes on the Perception of Facial Threat. *Journal of Media Psychology*. 1-9.
- Bagby, R., Parker, J. & Taylor, J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergente, discriminante, and concurrent validity. *Journal Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40.
- Basavaraj, K., Navya, M., & Rashmi, R. (2010). Relevance of psychiatry in dermatology: present concepts. *Indian Journal of Psychiatry*, 52 (3), 270-275. doi:10.4103/0019-5545.70992.
- Bashir, K., Dar, N., & Rao, S. (2010). Depression in adult dermatology outpatients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, 20(12), 811-813. doi:12.2010/JCPSP.811813
- Batel, S. & Castro, P. (2009). A Social Representations Approach to The Communication between Different Spheres: An Analysis of the Impacts of Two Discursive Formats. *Journal of the Theory of Social Behaviour*. 39 (4), 415-433.
- Bauer, M. & Agskell, G. (2008). Social Representation Theory: A Progressive Research Program for Social Psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 38 (4), 335-353.
- Bez, Y., Yesilova, Y., Ari, M., Kaya, M., Alpark, G., & Bulut, M. (2013). Predictive value of obsessive compulsive symptoms involving the skin on quality if life in patients with acne vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, 93 (6), 679-683. doi: 10.2340/00015555-1598.
- Bhate, K., & Williams, H. (2013). Epidemiology of Acne vulgaris. *British Journal of Dermatology*. 168 (3), 474-485.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 2-3.
- Bion, W. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original publicado em 1968).

- Bloom, D. (2003). Is acne really a disease?: a theory of acne as an evolutionary significant, high-order psychoneuroimmune interaction timed to cortical development with a crucial role in mate choice. *Medical Hypotheses*, 62 (3), 462-469.
- Bowe, W., & Logan, A. (2011). Acne vulgaris, probiotics and the gut-brain-skin axis - back to the future? *Gut Pathogens*, 3 (1).
- Brajac, I., Bilic-Zulle, L., Tjalcic, M., Loncarek, K., & Gruber, F. (2004). Acne vulgaris: myths and misconceptions among patients and family physicians. *Patient Education and Counseling*, 54, 21-25.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5). 611-614.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). "Personality and Coping". *Annual Review of Psychology* 61: 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352.PMID 19572784
- Ceyrac, D., & Juilliard, C. (2014). Acne treatment in office-based practice. *Dermofocus*, 51, 3-15.
- Cheng, C., Irwing, B., Mauriello, D., Liang, L., Pappert, A., & Kimball, A. (2010). Self-Reported Acne Severity, Treatment, and Belief Patterns across Multiple Racial and Ethnic Groups in Adolescent Students. *Pediatric Dermatology*, 27 (5). 446-452.
- Chren, A., Lasek, R., Quinn, L., Mostow, E., & Zyzanski, S. (1996). Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: reliability, validity, and responsiveness. *The Journal of Investigative Dermatology*, 107(5), 707-713.
- Cordain, L., Lindeberg, S., Hurtado, M., Hill, K., Eaton, S., & Brand-Miller, J. (2002). Acne vulgaris: a disease of western civilization. *Archives of Dermatology*, 138, 1584-1590.
- Corey, K., Cheng, C., Irwin, B., & Kimball, A. (2013). Self-Reported Help-Seeking Behaviors and Treatment choices of Adolescents Regarding Acne. *Pediatric Dermatology*, 30 (1), 36-41.
- Darwish, M., & Al-Rubaya, A. (2013). Knowledge, Beliefs, and Psychosocial Effects of Acne Vulgaris among Saudi Acne Patients. *International Scholarly Research Notices: Dermatology, Volume 2014*, 929340, 1-6.
- Davidovici, B., & Wolf, R. (2010). The role of diet in acne: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, 28-12-16.
- Dhabhar, F. (2013). Psychological stress and immunoprotection versus immunopathology in the skin. *Clinics in Dermatology*. 31, 18-30.
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.) *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp3-11). Cambridge University Press.
- Dréno, B. (2006). Assessing quality of life in patients with acne vulgaris: implications for treatment. *American Journal of Clinical Dermatology*, 7(2), 99-106.

- Durai, P., & Nair, D. (2015). Acne Vulgaris and quality of Life Among Young Adults in South India. *Indian Journal of Dermatology*, 60 (1), 33-40.
- Ebata, A., & Moss, R. (1994). Personal, Situation, and Contextual Correlates of Coping in Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4 (1), 99-125.
- Fehnel, S., McLeod, L., Brandman, J., Arbit, D., McLaughlin-Milley, C., Coombs, A., et al. (2002). Responsiveness of the Acne-specific quality of life questionnaire (Acne-QoL) to treatment for Acne vulgaris in placebo-controlled clinical trials. *Quality of Life Research*, 11, 809-816.
- Figueiredo, A., Massa, A., Picoto, A., Soares, A. P., Basto, A. S., Lopes, et al. (2011). Avaliação e tratamento do doente com acne - Parte II tratamento tópico, sistémico e cirúrgico, tratamento da acne na grávida, algoritmo terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27 (1), 66-76.
- Finlay A., & Khan, G. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI). A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19 (3), 210-6.
- Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G. et al. (2007). Psychological distress and coping with strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study.. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 1161-1169.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). London: SAGE Publications.
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Coleção vida e cultura, Edição Livros do Brasil, Lisboa, sem data.
- Freud, S. (1933). *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press and Institute of of Psycho-Analysis. (Trad. W. J. H. Sprott)
- Fried, R., Webster, G., Eichenfield, L., Friedlander, S., Fowler Jr, J., & Levy, M. (2010). Medical and psychosocial impact of acne. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery Journal*, 29, 9–12.
- Friedlander, S., Eichenfield, L., Fowler, J., Fried, R., Levy, M., & Webster, G. (2010). Acne epidemiology and pathophysiology. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 29 (2), 2-4. doi:10.1016/j.sder.2010.04.002.
- Gillespie, A. (2008). Social Representations, Alternative Representations and Semantic Barriers. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 38 (4), 376-391.
- Gollnick, H., Finlay, A., & Shear, N. (2008). Can we define acne as a chronic disease? If so, how and when? *American Journal of Clinical Dermatology*, 9 (5), 279-284.
- Goodman, G. (2001). Post-acne scarring: a short review of its pathophysiology. *Australia's Journal of Dermatology*, 42, 84–90.
- Goodman, G. (2006). Acne: Natural history, facts and myths. *Australian Family Physician*, 35 (8), 613-616.
- Goulden, V., Stables, G., & Cunliffe, W. (1999). Prevalence of facial acne in adults. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41(4), 577–580. doi:10.1016/S0190-9622(99)80056-5.
- Green, L. (2010). The effect of skin conditions on patients' quality of life. *Nursing standard*, 25 (9), 48-55.

- Green, J., & Sinclair, R. (2011). Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australian Journal of Dermatology*, 42, 98-101.
- Grob, J. J., Stern, R. S., & Mackie, R., & Weinstock, W. A. (1997). *Epidemiology, Causes and Prevention of Skin Diseases*. London: Blackwell Science.
- Gupta M., & Gupta, A. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139, 846–850.
- Gupta. M., Johnson, A., & Gupta, A. (1998). The Development of an Acne Quality of Life Scale: Reliability, Validity, and Relation to Subjective Acne Severity in Mild to Moderate Acne Vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*, 78, 451-456.
- Halvorsen, J., Stern, R., Dalgrad, F., Thoresen, M., Bjertness, E., & Lien, L. (2011). Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *Journal of Investigative Dermatology*, 131, 363-370.
- Harju, B., & Bolen, L. (1998). The Effects of Optimism on Coping and Perceived Quality of Life of College Students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13 (2), 185-200.
- Hawro, T., Maurer, M., Hawro, M., Kaszuba, A., Cierpialkowska, L., Krolikowska, M., et al. (2014). In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Archives of Dermatological Research*, 306, 661-666.
- Hedden, S., Davidson, S., & Smith, C. (2008). Cause and Effect: The Relationship Between Acne and Self-Esteem in the Adolescent Years. *The Journal of Nurse Practitioners*, 595-600.
- Helmes, E., McNeill, P., Holden, R., & Jackson, C. (2008). The Construct of Alexithymia: Associations With Defense Mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 318–331.
- Hoffman, F., Zogbi, H., Fleck, P., & Muller, M. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: teoria e prática*, 7 (1), 51-60.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21 (1), 54-59. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x.
- Hongbo, Y, Thomas, C., Harrison, M., Salek, M., & Finlay, A. (2005). Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index scores mean? *Journal of Investigative Dermatology*, 125, 659-64.
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3-9.
- Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology*. 45, 65-86.
- Huyn, M., Gupta, R., & Koo, J. (2013). Emotional Stress as a Trigger for Inflammatory Skin Disorders. *Seminars in Cutaneous Medicine Surgery*, 68-72.
- Jeremy, A., Holland, D., Robert, S., Thomson, K., & Cunliffe, W. (2003). Inflammatory events are involved in the acne lesions initiation. *Journal of Investigative Dermatology*, 121 (1) 20-7.
- Jones. E. (1989). *A vida e obra de Sigmund Freud, Vol. 2* (J. Guimarães, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1953). (Escrita original em inglês).
- Kilkenny, M., Stathakis, V., Hibbert, M., Patton, G., Caust, J., & Bowes, G. (1997). Acne in Victorian adolescents: Associations with age, gender, puberty and psychiatric symptoms. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 33 (5), 430-433. doi:10.1111/j.1440-1754.1997.tb01635.x.

- Koblenzer, C. (1986). Successful treatment of a chronic and disabling dermatosis by psychotherapy: a case report and discussion. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 15, 390-3.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6 (1), 21. doi:10.1186/1751-0759-6-21.
- Koo, J. (1995). 'The psychosocial impact of acne: Patients' perceptions. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32 (5), 3, 26-30.
- Krishna, S. (2009). Disfigurement: Psychosocial Impact and Coping. *The Open Dermatology Journal*, 3, 54-57. doi:10.2174/1874372200903010054.
- Krystal, H. (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Kurtalic, N., Hadzigraphic, N., Tahirovic, H., & Sadic, S. (2010). Assessment of anxiety and depression in adolescents with acne vulgaris related to the severity of clinical features and gender. *Acta Medica Academica*, 39, 159-164.
- Lance, C.E., Butts, M.M., & Michels, L.C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria: What did they really say? *Organizational Research Methods*, 9 (2), 202-220.
- Layton, A., & Cunliffe, W. (1992). Guidelines for optimal use of isotretinoin in acne. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 27 (6), S2-S7.
- Layton, A., Dreno, B., Gollnick, H., & Zoubolis, C. (2006). A review of the European Directive for prescribing systemic isotretinoin for acne vulgaris. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20 (7), 773-776.
- Lehmann, H., Robinson, K., Andrews, J., Holloway, V., & Goodman, S. (2002). Acne therapy: a methodologic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 47 (2), 231-240. doi:10.1067/mjd.2002.120912.
- Liu, L. (2004). Sensitising Concept, Themata and Shareness: A Dialogical Perspective of Social Representations. *Journal of the Theory of Social Behaviour*. 34 (3), 249-264.
- Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Machat, S., Sharif, N., & Zimmo, S. (2013). Acne awareness and perception among population in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery*, 17 (2), 47-49.
- Magin, P., Pond, D., Smith, W., & Watson, A. (2005). A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. *Family Practice*, 22, 62-70.
- Magin P., Pond, D., Smith W., Watson, A., & Goode, S. (2008). Cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 1435-1444.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2006). The Causes of Acne: A Qualitative Study of Patients Perceptions of Acne Causation and Their Implications for Acne Care. *Dermatology Nursing*, 18 (4), 344-349.
- Marková, I. (2008). The Epistemological Significance of the Theory of social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 38 (4), 461-487.

- Marqueling, A., & Zane, L. (2005). Depression and Suicidal Behavior in Acne Patients Treated With Isotretinoin: A Systematic Review. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 26 (4), 210-220. doi:10.1016/j.sder.2008.03.005.
- Marty, P., & DeBray, R. (1989). Current concepts of character disturbance. In S. Cheren (Ed.) *Psychosomatic medicine: Theory, physiology, and practice, Vol. 1* (pp 159-184). Madison, CT: International Universities Press.
- McEvoy, B., Nydegger, R., & Williams, G. (2003). Factors related to patient compliance in the treatment of acne vulgaris. *The International Society of Dermatology*, 42-274-280.
- Morin, M. (2000). Une peau carapace: réflexions à propos d'un cas de psoriasis. *Revue Française de psychosomatique*, 18, 159-72.
- Nast, A., Dréno, B., Bettoli, V., Degitz, K., Erdman, R., Finlay, A., et al. (2011). European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of Acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 26 (s1), 1-29. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04374.x.
- Neves, C. (2004). *Entre o enunciado falso e os mecanismos de defesa: contributo para a expansão da tabela de Bion*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.
- Neves, C. (2005). Entre o enunciado falso e os mecanismos de defesa: contributo para a expansão da tabela de Bion. *Revista Interações*, 9, 79-89.
- Niemeir, V., Kupfer, J., Demmelbauer-Ebner, M., Effendy, I., & Gieler, U. (1998). Coping with Acne vulgaris. *Dermatology*, 196, 108-115.
- Öztürk, A., Deveci, E., Bağcıoğlu, E., Atalay, F., & Serdar, Z. (2013). Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43 (4), 660-666. doi:10.3906/sag-1208-65.
- Öztürk, P., Orhan, F., Özer, A., Karakas, T., Öksüz, A., & Yetişir, N. (2013). Assessment of Temperament and Character Profile with Anxiety and Depression in Patients with Acne. *Balkan Medical Journal*. 30 (2), 161-166. doi:10.5152/balkanmedj.2012.101.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Parna, E., Aluoja, A., & Kingo, K. (2015). Quality of Life and Emotional State in Chronic Skin Disease. *Acta Dermato-Venerologica*, 95, 312-316.
- Pawin, H., Beylot, C., Chivot, M., Faure, M., Poli, F., Revuz, J., et al. (2004). Physiopathology of acne vulgaris: recent data, new understanding of the treatments. *European Journal of Dermatology*, 14(1), 4-12.
- Pawin, H., Chivot, M., Beylot, C., Faure, M., Poli, F., Revuz, J. et al (2007). Living with Acne: A Study of Adolescents's Personal Experiences. *Dermatology*, 215, 308-314.
- Pearl, A., Arroll, B., Lello, J., & Birchall, N. (1998). The impact of acne: a study of adolescents' attitudes, perceptions and knowledge. *New Zealand Medical Journal*, 111, 269-271.
- Pereira, M., Brito, L. & Smith, T. (2012). Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *International Society of Behavioral Medicine*, 19, 260-269.

- Peric, J., Maksimovic, N., Jankovic, J., Mijovic, B., Reljic, V., & Janković, S. (2013). Prevalence and quality of life in high school pupils with acne in Serbia. *Vojnosanit Pregl*, 70 (10), 935-939. doi:10.2298/VSP1310935P.
- Picardi, A., Mazzotti, E. & Pasquini, P. (2006). Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *American Academy of Dermatology*. 54 (3), 420-426.
- Picardi, A., Lega, I. & Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology*. 31, 47-56.
- Pichón-Rivière, E. (1980). *Aspectos psicossomáticos de la dermatología: la psiquiatría una nueva problemática*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pochi, P., Shalita, A., Strauss, J., Webster, S., Cunliffe, W., Katz, H., et al. (1991). Report of the Consensus Conference on Acne Classification. Washington, D.C., March 24 and 25, 1990. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 24 (3), 495-500.
- Poli, F., Auffret, N., Beylot, C., Chivot, M., Faure, M., Moyse, D. et al. (2011). Acne as Seen by Adolescents: Results of Questionnaire Study in 852 French Individuals. *Acta Dermato-Venereologica*, 91, 531-536.
- Poot, F. (2002). Qué tiene que saber el dermatólogo a la hora de transferir un paciente al psiquiatra o al psicólogo? In Francesc Grimalt, *Dermatología y psiquiatría: historias clínicas Comentadas* (302-324). Aula Médica.
- Potocka, A., Turczyn-Jabłońska, K., & Kieć-Świerczyńska, M. (2008). Self-image and quality of life of dermatology patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21 (4), 309-317. doi:10.2478/v10001-008-0034-8.
- Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um estudo sobre Alexitimia de Toronto (TAS-20)*, Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.
- Purvis, D., Robinson, E., Merry, S., & Watson, P. (2006). Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: A cross-sectional survey of New Zealand secondary. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42 (2), 793-796. doi:10.1111/j.1440-1754.2006.00979.x
- Rapp D., Brenes, G., Feldman, G., Fleischer, A., Graham, G., Dailey, M., et al. (2004). Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *British Journal of Dermatology*, 151, 183-189.
- Reich, A., Jasiuk, B., Samotij, D., IVacinska, A., Trybucka, K., & Szepietowski, J. (2007). Acne Vulgaris: what teenagers think about it. *Dermatology Nursing*, 19 (1), 59-54.
- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Rigopoulos, D., Gregoriou, S., Ifandi, A., Efstathiou, G., Georgala, S., Chalkias, J., et al. (2007). Coping with acne: beliefs and perceptions in a sample of secondary school Greek pupils. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 806-810.
- Rizwan, M., Reddick, C., Bundy, C., Unsworth, R., Richards, H., & Rhodes, L. (2013). Photodermatoses: environmentally induced conditions with high psychological impact. *Photochemical & Photobiological Sciences*, 12, 182-189. doi:10.1039/c2pp25177a.
- Rubino, A., et al. (1989). Separation-individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica Supplement*, 146, 87-90.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.

- Safizadeh, H., Nakhaee, N., Shamsi-meymandi, S., Pourdamghan, N. & Basra, M. (2014). Preliminary reliability and validity of Persian version of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). *Quality of Life Research*, 23, 869-875.
- Sami-Ali, M. (2002). *Pensar o somático: Imaginário e patologia* (2ª ed.). Lisboa: Edições ISPA.
- Santos, C., & Cruz, O. (2013). Representações sociais de párocos portugueses sobre a toxicodependência. *Actas do VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça*. 15-20.
- Sarmento, M. (2008). *Guia prático sobre a metodologia científica para a elaboração escrita e apresentação de teses de doutoramento, dissertações de mestrado e trabalhos de investigação aplicada* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Shaukat, S., Aman, S., Hussain, I., & Kazmi, A. (2013). The effect of oral doxycycline and topical 5% benzoyl peroxide on quality of life in patients with mild to moderate acne vulgaris. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 23 (2), 173-179.
- Schnider, K., & Elhai, J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (3), 344-350.
- Sibley, C., Liu, J. & Kirwood, S. (2006). Toward a Social Representations Theory of Attitude Change: The effect of Message Framing on General and Specific Attitudes toward Equality and Entitlement. *New Zealand Journal of Psychology*. 35 (1). 3-13.
- Sifneos, P. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, 7, 1-10.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22, 255-262.
- Silva, A., & Vasco, A. (2010). Alexitimia: Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica? *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.
- Silva, A., Vasco, A., & Watson, J. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2, 197-211.
- Sobrado, E., et al. (1979). *Aproximación psicológica a la psoriasis en Psicología y enfermedad*. Montevideo: Imago.
- Staerklé, C., Clémence, A. & Spini, D. (2011). Social Representations: A Normative and Dynamic Intergroup Approach. *Political Psychology*. 32 (5), 759-768.
- Stone, S. (2001). The psychological comorbidity in acne. *Clinic Dermatology*, 19, 360-363.
- Sulzberger, M., & Zaidens, S. (1948). Psychogenic factors in dermatologic disorders. *Medical Clinics of North America*, 32, 669-685.
- Tahir, M., & Ansari, R. (2012). Beliefs, perceptions and expectations among acne patients. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 22, 98-104.
- Tan, J., Vasey, K., & Fung, K. (2001). Beliefs and perceptions of patients with acne. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44 (3), 439-445.
- Tan, J. (2004). Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. *Skin Therapy Lett*, 9 (7), 1-3.



- Tanghetti, E., Kawata, A., Daniels, S., Yeomans, K., Burk, C., & Callender, V. (2014). Understanding the Burden of Adult Female Acne. *Journal of Clinical & Aesthetic Dermatology*, 7 (2), 22-30.
- Tasoula, E., Gregoriou, S., Chalikias, J., Lazarou, D., Danopoulou, I., Katsambas, A., et al. (2012). The impact of acne vulgaris on quality and psychic health in young adolescents in Greece. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 887 (6), 862-869
- Tatasiewicz, K., Otdakowska, A., & Szcerkowska-Dobosz, A. (2012). Evaluation of knowledge about acne vulgaris among a selected population of adolescents of Tricity schools. *Postępy Dermatologii i Alergologii XXI*, 417-420.
- Tateo, L. & Iannaccone, I. (2012). Social Representations, Individual and Collective Mind: A study of Wundt, Cattaneo and Moscovici. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 46 (57), 57-69.
- Taylor, G., & Bagby, R. (2013). Psychoanalysis and empirical Research. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 61, 99.
- Teixeira, V., Vieira, R., & Figueiredo, A. (2012). Impacto psicossocial da Acne. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, 70 (3), 291-296.
- Thiboutot, D., Gollnick, H., Bettoli, V., Dréno, B., Kang, S., Leyden, J., et al. (2009). New insights into the management of acne: An update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Group. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60 (5), 1–50. doi:10.1016/j.jaad.2009.01.019.
- Timms, R. (2013). Moderate acne as a potential barrier to social relationships: Myth or reality? *Psychology, Health & Medicine*, 18 (3), 310-320.
- Uhlenhake, E., Yentzer, B., & Feldman, S. (2010). Acne vulgaris and depression: a retrospective examination. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 9, 59-63.
- Ulnik J. (2007). *Skin in psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Ulnik, J. (2013). Psychological evaluation of the dermatology patient: a psychoanalyst's perspective. *Clinics in Dermatology*, 31, 11–17.
- Uhlenhake, E., Yentzer, B., & Feldman, S. (2010). Acne vulgaris and depression: a retrospective examination. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 9, 59-63.
- Urpe, M., Buggiani, G., & Lotti, T. (2005). Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatologic Clinics*, 23 (4), 609-617. doi:10.1016/j.det.2005.05.017.
- Uslu, G., Sendur, N., Uslu, M., Sack, E., Karaman, G., Eskin, M. (2007). Acne: prevalence, perceptions and effects on psychological health among adolescents in Aydin, Turkey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 462-469.
- Van Beek, M., Beach, S., Braslow, L., Braslow, J., & Chen, S. (2007). Highlights from the report of the working group on “core measures of the burden of skin diseases”. *Journal of Investigative Dermatology*, 127, 2701-2706. doi:10.1038/sj.jid.5701174.
- Vasco, A. (2009a). Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness. Comunicação apresentada na 16th Conference of the European Association for Psychotherapy: *Meanings of Happiness and Psychotherapy*. Lisboa, 2-5 Julho.
- Vasco, A. (2009b). Sinto, logo também existo! III Seminário Espaço S, Emoções e Juventude - Abordagem psicológica das emoções. Cascais, 19-20 Novembro.

- Veríssimo, R. (2003). Inteligência Emocional: da Alexitímia ao Controlo Emocional. *Acta Médica Portuguesa*, 16(6), 407-411.
- Veríssimo, R. (2011). *Alexitímia – Da regulação afetiva na saúde e na doença.*: Lisboa: RV Productions.
- Walker, N., & Lewis-Jones, M. (2006). Quality of life and acne in scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the Cardiff Acne Disability Index (CADI). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20, 45-50.
- Weiten, W., & Lloyd, M. (2008) *Psychology Applied to Modern Life* (9th ed.). Wadsworth Cengage Learning. ISBN 0-495-55339-5.
- Whitney, P., Bowe, J., Leyden, J., Canice, E., Crerand, D., Sarwer, et al., (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57 (2), 222-230.
- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47, 903–910.
- Wu, S., Kinder, B., Trunnell, T. & Fulton, J. (1988). Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 18 (2), 325-333.
- Yahya, H. (2009). Acne vulgaris in Nigerian adolescents – prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. *International Journal of Dermatology*, 48, 495-505.
- Yang, Y., Tu, H., Hong, C., Chang, W., Fu, H., Ho, J., et al. (2014). Female gender and Acne disease are jointly and independently associated with the risk of major depression and suicide: a national population-based study. *BioMed Research Corporation*. 1-7.

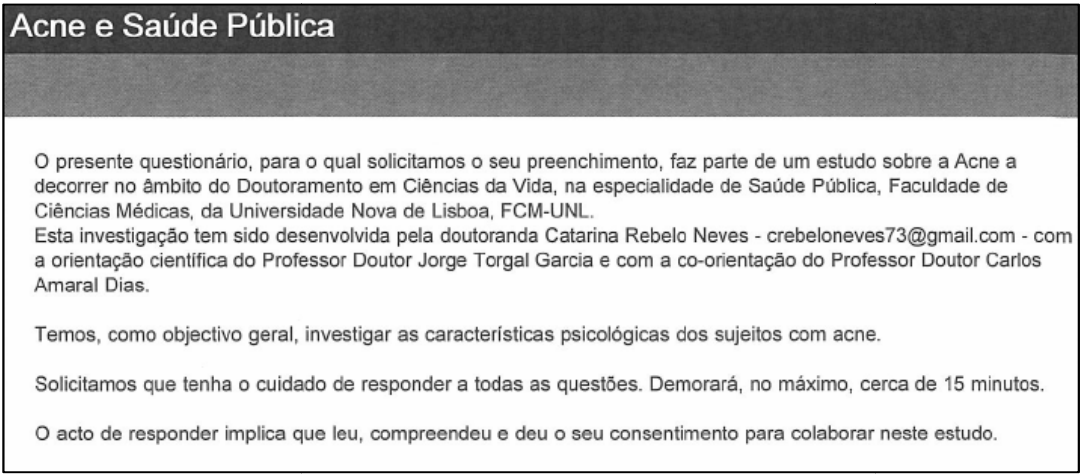
## **Apêndices**



## Apêndice A: Questionários apresentados aos respondentes

### ApA.1 Respondentes com Acne, com tratamento

Aos respondentes com Acne e sujeitos a tratamento, foi-lhes apresentado o seguinte questionário:



**Acne e Saúde Pública**

O presente questionário, para o qual solicitamos o seu preenchimento, faz parte de um estudo sobre a Acne a decorrer no âmbito do Doutoramento em Ciências da Vida, na especialidade de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa, FCM-UNL.

Esta investigação tem sido desenvolvida pela doutoranda Catarina Rebelo Neves - crebeloneves73@gmail.com - com a orientação científica do Professor Doutor Jorge Torgal Garcia e com a co-orientação do Professor Doutor Carlos Amaral Dias.

Temos, como objectivo geral, investigar as características psicológicas dos sujeitos com acne.

Solicitamos que tenha o cuidado de responder a todas as questões. Demorará, no máximo, cerca de 15 minutos.

O acto de responder implica que leu, compreendeu e deu o seu consentimento para colaborar neste estudo.

Figura ApA.1: Questionário-1

Acne e Saúde Pública

Dados Sociodemográficos

Idade

Sexo

☐ Masculino
 ☐ Feminino

Escolaridade

Área de estudo

Curso

Estado civil

Estado civil dos pais

Com quem vive?

☐ Mãe  
☐ Pai  
☐ Ambos os Pais  
☐ Irmã(o)(os)  
☐ Sozinho(a)  
☐ Marido(mulher) / Companheiro(a) / Namorado(a)  
☐ Filho(a)(s)  
☐ Amigo(a)(s) / Colega(s)  
☐ Outros (especifique)

Considera que o seu agregado familiar tem um rendimento:

Figura ApA.2: Questionário-2

<b>Acne e Saúde Pública</b>	
<b>Concelho de residência</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Figura ApA.3: Questionário-3

<b>Acne e Saúde Pública</b>	
<b>Escala de graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia (1991)</b>	
<b>Considera que tem acne?</b>	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não

Figura ApA.4: Questionário-4

<b>Acne e Saúde Pública</b>	
<b>Escala de graduação da Acne da Academia Americana de Dermatologia (1991) (c...</b>	
<b>Com que grau de gravidade?</b>	
<input type="radio"/>	Ligeira
<input type="radio"/>	Moderada
<input type="radio"/>	Grave

Figura ApA.5: Questionário-5

## Acne e Saúde Pública

### Questionário I - Inventário de crenças sobre a Acne – ICA

Instrumento construído no âmbito do trabalho conducente ao grau de doutor de Catarina Rebelo Neves – Estudo das qualidades psicométricas.

Segue-se um conjunto de afirmações sobre as crenças, comportamentos e atitudes relativamente à Acne e de questões sobre o modo como *lida com a Acne na sua vida*.

Em caso de dúvida sobre qual a resposta adequada, solicitamos que seja o mais breve possível na escolha desta.

	Discordo	Discordo mais do que Concordo	Concordo mais do que Discordo	Concordo
1. Há uma predisposição hereditária para a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A acne deve-se a alterações hormonais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A acne deve-se à ingestão de chocolates.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Espremer as borbulhas agrava a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apanhar sol melhora a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A acne deve-se ao stress, ansiedade e nervosismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. A acne é originada por um conjunto de muitos fatores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ter acne altera o bem-estar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ter acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. As estratégias utilizadas para lidar com a acne mudam com a idade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. As estratégias utilizadas para lidar com a acne mudam consoante o género, masculino ou feminino.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. A acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura ApA.6: Questionário-6



Acne e Saúde Pública					
Questionário I - Inventário de crenças sobre a Acne – ICA (continuação)					
	Discordo	Discordo mais do que Concordo	Concordo mais do que Discordo	Concordo	
17. Visto-me de modo a tapar a acne o mais possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18. Uso maquilhagem de modo a esconder a acne o mais possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19. Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a acne o mais possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Discordo	Discordo mais do que Concordo	Concordo mais do que Discordo	Concordo	Não aplicável
20. Uso barba para tapar a acne o mais possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo	Discordo mais do que Concordo	Concordo mais do que Discordo	Concordo	
21. Evito pensar na acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22. Tento abstrair-me da acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23. Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24. Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25. Evito sair de casa quando estou com acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
26. Evito sair à noite quando estou com acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27. Evito situações com muitas pessoas quando estou com acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28. Procuro ajuda médica para a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
29. Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30. Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a acne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>31. Em que idade surgiu a acne?</b>					
<input type="text"/>					
<b>32. Há quanto tempo tem acne?</b>					
<input type="radio"/> Menos de 6 meses					
<input type="radio"/> Entre 6 meses e 1 ano					
<input type="radio"/> Entre 1 e 2 anos					
<input type="radio"/> Entre 2 e 5 anos					
<input type="radio"/> Mais de 5 anos					

Figura ApA.7: Questionário-7

Acne e Saúde Pública

**33. A sua acne manifesta-se:**

☐ De modo episódico

☐ De modo contínuo

☐ De modo contínuo, com surtos de agravamento

☐ Outro (especifique)

**34. Procurou informação sobre a acne?**

☐ Sim

☐ Não

**34.a) Se a sua resposta foi sim, onde procurou essa informação (pode assinalar mais que uma opção)?**

☐ Na internet

☐ Em revistas ou livros

☐ Junto de amigos

☐ Junto dos pais ou outros familiares

☐ Junto do médico

☐ Junto de esteticista

Outro (especifique)

**35. Conversou sobre a acne ou pediu ajuda a alguém?**

☐ Sim

☐ Não

**35.a) Se a sua resposta foi sim, a quem (pode assinalar mais que uma opção)?**

☐ À mãe

☐ Ao pai

☐ Aos pais

☐ A um familiar

☐ A (um) amigo(s)

☐ Ao namorado/parceiro

☐ Ao médico

☐ À esteticista

Outro (especifique)

Figura ApA.8: Questionário-8

Acne e Saúde Pública	
<b>36. Recorreu a alguém especializado para o tratamento da acne?</b>	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não

Figura ApA.9: Questionário-9

Acne e Saúde Pública	
<b>Questionário I - Inventário de crenças sobre a Acne – ICA (continuação)</b>	
<b>36.a) A quem (pode assinalar mais que uma opção)?</b>	
<input type="checkbox"/>	Ao dermatologista
<input type="checkbox"/>	Ao médico de família
<input type="checkbox"/>	Ao farmacêutico
Outro (especifique)	
<input type="text"/>	
<b>37. Qual o tempo que demorou entre o aparecimento da acne e a procura de tratamento?</b>	
<input type="radio"/>	Demorou menos de 1 mês a procurar tratamento.
<input type="radio"/>	Demorou entre 1 e 3 meses a procurar tratamento.
<input type="radio"/>	Demorou entre 3 a 6 meses a procurar tratamento.
<input type="radio"/>	Demorou entre 6 meses a 1 ano a procurar tratamento.
<input type="radio"/>	Demorou entre 1 a 2 anos a procurar tratamento.
<input type="radio"/>	Demorou mais de 2 anos a procurar tratamento.
<b>38. A marcação da primeira consulta foi efetuada:</b>	
<input type="radio"/>	Pela mãe
<input type="radio"/>	Pelo pai
<input type="radio"/>	Pelo próprio
<input type="radio"/>	Outro (especifique)
<input type="text"/>	
<b>39. À primeira consulta foi acompanhado(a)?</b>	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não
<b>39.a) Se a sua resposta foi <u>sim</u>, por quem (pode assinalar mais que uma opção)?</b>	
<input type="checkbox"/>	Pela mãe
<input type="checkbox"/>	Pelo pai
Outro (especifique)	
<input type="text"/>	
<b>40. Às consultas seguintes foi acompanhado(a)?</b>	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não

Figura ApA.10: Questionário-10

**Acne e Saúde Pública**

**40.a) Se a sua resposta foi sim, por quem (pode assinalar mais que uma opção)?**

☐ Pela mãe

☐ Pelo pai

Outro (especifique)

**41. Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi(foram) indicado(s) para a acne.**

☐ Discordo

☐ Discordo mais do que Concordo

☐ Concordo mais do que Discordo

☐ Concordo

**42. No presente encontra-se em tratamento?**

☐ Sim

☐ Não

Figura ApA.11: Questionário-11

**Acne e Saúde Pública**

**Questionário I - Inventário de crenças sobre a Acne – ICA (continuação)**

**42.a) Há quanto tempo está em tratamento?**

☐ Menos de 6 meses

☐ Entre 6 meses e 1 ano

☐ Entre 1 e 2 anos

☐ Entre 2 e 5 anos

☐ Mais de 5 anos

**43. Considera que o tratamento está a ser eficaz?**

☐ Sim

☐ Não

Comentários adicionais (opcional)

Figura ApA.12: Questionário-12

**Acne e Saúde Pública**

**Questionário I - Inventário de crenças sobre a Acne – ICA (continuação)**

**42.a) Quanto tempo durou o processo de tratamento?**

☐ Menos de 6 meses

☐ Entre 6 meses e 1 ano

☐ Entre 1 e 2 anos

☐ Entre 2 e 5 anos

☐ Mais de 5 anos

**43 Considera que o tratamento foi eficaz?**

☐ Sim

☐ Não

Comentários adicionais (opcional)

Figura ApA.13: Questionário-13

**Acne e Saúde Pública**

**Questionário I - Inventário de crenças sobre a Acne – ICA (continuação)**

**44. Tem marcas ou cicatrizes derivadas da acne?**

☐ Sim

☐ Não

Se sim, em que zona do corpo?

**45. Tem alguma outra doença diagnosticada?**

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual?

Figura ApA.14: Questionário-14

Acne e Saúde Pública					
Questionário II - IQV-D					
Índice Dermatológico de Qualidade de Vida, de A.Y. Finlay & G. H. Khan (1992). Adaptação portuguesa de Afonso, M. J. (2011).					
A finalidade deste questionário é avaliar quanto o seu problema de pele, especificamente a acne, o(a) afetou <b>durante a última semana</b> .					
	Muito	Bastante	Um pouco	Nada	
1. Na última semana senti a pele irritada e mais sensível, comichão ou sensação de picadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Na última semana senti-se embaraçado(a) ou incomodado(a) por causa do estado da sua pele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Muito	Bastante	Um pouco	Nada	Não aplicável
3. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal (fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Na última semana a escolha da roupa que usou teve que ver com o estado da sua pele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele afetou o convívio com outras pessoas ou mesmo os seus tempos livres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar desporto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sim	Não	Não aplicável		
7. Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de trabalhar ou estudar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Bastante	Um pouco	Nada		
7.a) Se a sua resposta foi <u>não</u> , até que ponto a sua pele foi problema no trabalho ou na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Muito	Bastante	Um pouco	Nada	Não aplicável
8. Na última semana o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com colegas de trabalho, o/a seu/sua companheiro (a), alguns amigos próximos ou familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Na última semana, até que ponto o seu problema de pele afetou a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Na última semana, até que ponto os tratamentos para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo, de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura ApA.15: Questionário-15

## Acne e Saúde Pública

### Questionário III - EADS-21

DASS: Lovibond e Lovibond (1995), Versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)

Por favor indique quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**.

Não há respostas certas ou erradas.

Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em me acalmar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Senti a minha boca seca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Senti dificuldades em respirar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Dei por mim a ficar agitado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Senti dificuldade em me relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Senti que por vezes estava sensível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Senti que a vida não tinha sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura ApA.16: Questionário-16

## Acne e Saúde Pública

### Questionário IV - Brief COPE

Estudo de adaptação de Ribeiro, J.L.P. & Rodrigues, A.P. (2004).

As afirmações seguintes referem-se às formas como tem lidado com o stress da sua vida desde que tem acne.

Pretendemos saber em que medida tem andado a fazer o que diz cada item. Quanto e com que frequência. Não responda com base no facto de parecer estar a resultar ou não, mas apenas se está ou não a fazê-lo.

Tente considerar cada pergunta por si própria, isolando-a, de todas as outras. Faça com que as respostas sejam para si tão verdadeiras quanto possível.

	Não tenho andado a fazer isto de modo algum	Tenho andado um pouco a fazer isto	Tenho andado a fazer isto de forma moderada	Tenho andado a fazer muito isto
1. Tenho andado a dedicar-me ao trabalho e a outras atividades para desviar a minha atenção de outras coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenho concentrado as minhas energias em fazer alguma coisa pela situação em que estou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho andado a dizer a mim próprio(a) "isto não pode ser verdade".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tenho usado álcool e outras drogas para me sentir melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenho recebido apoio emocional de outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tenho andado a desistir de tentar lidar com a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tenho andado a fazer esforços para tentar melhorar a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tenho-me recusado a acreditar no que aconteceu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho andado a dizer coisas para dar vazão aos meus sentimentos desagradáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tenho recebido ajuda e aconselhamento de outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tenho recorrido ao álcool e a outras drogas como forma de ajuda para a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tenho andado a tentar ver as coisas de uma perspectiva diferente, para as fazer parecer mais positivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tenho andado a criticar-me a mim próprio(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tenho andado a tentar elaborar uma estratégia acerca do que fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Tenho tido o consolo e a compreensão de alguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tenho andado a desistir da tentativa de enfrentar a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tenho andado a procurar algo de bom no que está a acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tenho andado a fazer piadas acerca do assunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tenho andado a fazer coisas para pensar menos no caso, tais como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, dormir ou ir às compras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura ApA.17: Questionário-17



Acne e Saúde Pública				
20. Tenho aceiteado a realidade do facto que aconteceu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tenho expressado os meus sentimentos negativos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Tenho tentado encontrar conforto na minha religião ou noutras crenças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tenho tentado obter conselhos e ajuda dos outros acerca do que fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tenho estado a aprender a viver com isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tenho estado a pensar seriamente nos passos a dar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tenho andado a culpar-me por coisas que aconteceram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Tenho andado a rezar e a meditar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tenho andado a gozar com a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura ApA.18: Questionário-18

Acne e Saúde Pública					
Questionário V - TAS-20					
Taylor, Hagby & Parker, 1992 adaptação de Nina Prazeres autorizada por Taylor.					
Indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações.					
	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso(a) sobre qual a emoção que estou a sentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, assustado(a) ou zangado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fico muitas vezes intrigado(a) com sensações no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Muitas vezes não sei porque estou zangada(o).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporciona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura ApA.19: Questionário-19

**Acne e Saúde Pública**

Antes de terminar, gostaríamos que respondesse a duas últimas questões.

**O que é para si ter acne?**

**Como vê a acne nos outros?**

Figura ApA.20: Questionário-20

**Acne e Saúde Pública**

**Agradecimentos**

**Agradecemos qualquer comentário complementar que pretenda deixar no sentido do enriquecimento do nosso estudo.**

Terminou o preenchimento dos questionários.

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração.

Figura ApA.21: Questionário-21

**ApA.2 Respondentes com Acne, sem tratamento**

Aos respondentes com Acne e sem tratamento, foi-lhes apresentado um questionário baseado no anterior, mas sem a inclusão das questões de 36.a) a 43., ambas inclusive.

**ApA.3 Respondentes que tiveram Acne, com tratamento**

Aos respondentes que tiveram Acne que foram sujeitos a tratamento, foi-lhes apresentado um questionário baseado no apresentado aos respondentes com Acne e com tratamento, mas com as perguntas efetuadas no passado, referidas ao tempo em que tiveram a Acne.

Esta versão do questionário não incluiu o IQV-D. Em contrapartida, foram incluídas as seguintes questões:

Acne e Saúde Pública	
Escala de graduação da Acne adaptada	
<b>Considera que teve acne?</b>	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não

Figura ApA.22: Questionário-22

**44. Considera-se tratado(a):**

☐ Há menos de 1 ano

☐ Há mais de um ano

☐ Outro (especifique)

**45. Quanto tempo teve acne?**

☐ Menos de 6 meses

☐ Entre 6 meses e 1 ano

☐ Entre 1 e 2 anos

☐ Entre 2 e 5 anos

☐ Mais de 5 anos

Figura ApA.23: Questionário-23

#### ApA.4 Respondentes que tiveram Acne, sem tratamento

Aos respondentes que tiveram Acne e que não efetuaram tratamento, foi-lhes apresentado um questionário baseado no apresentado aos respondentes com Acne e com tratamento, mas com as perguntas efetuadas no passado, referidas ao tempo em que tiveram a Acne.

Esta versão do questionário também não incluiu o IQV-D. Porém, foi incluída a seguinte questão:

**Acne e Saúde Pública**

**Escala de graduação da Acne adaptada**

**Considera que teve acne?**

☐ Sim

☐ Não

Figura ApA.24: Questionário-24

**ApA.5 Respondentes que não têm, nem tiveram Acne**

Aos respondentes sem Acne, foi-lhes apresentado um questionário baseado no apresentado aos respondentes com Acne e com tratamento. Porém, as questões pertinentes referentes à vivência subjetiva própria da Acne, não lhes foram colocadas - as questões de 31 a 45, ambas inclusive. Não lhes foi submetido, também, o IQV-D, o *Brief COPE* e a questão do que representa para o próprio, ter Acne. O ICA, para estes respondentes apenas teve as primeiras 16 questões. Não lhes foi pedido, também, que apontassem o grau de gravidade da Acne.

## Apêndice B: Guião das entrevistas efetuadas no âmbito do estudo I

### ApB.1 Consentimento informado para pacientes que têm ou que tiveram Acne

Nº DE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**Acne e Saúde Pública**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO**  
[Cada participante deve receber, ler e compreender esta informação antes de decidir participar]

**Este consentimento informado descreve a presente investigação de modo a poder decidir se aceita participar na mesma.**

**ENQUADRAMENTO:** Este estudo realiza-se no âmbito do **Doutoramento em Ciências da Vida**, na especialidade de *Saúde Pública*, Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

**RESPONSABILIDADE:** Desenvolvido pela doutoranda Catarina Rebelo Neves ([crebeloneves@gmail.com](mailto:crebeloneves@gmail.com)) sob a orientação científica do Professor Doutor Jorge Torgal Garcia.

**OBJECTIVO GERAL:** Pretendemos investigar as características psicológicas dos adolescentes com acne, ou seja, contribuir para a identificação do perfil psicológico do adolescente acneico.

**IMPORTÂNCIA:** Devido à elevada incidência da acne, em ambos os sexos, sobretudo numa idade particularmente sensível, a adolescência, ela revela-se uma questão pertinente, ao nível da saúde pública, se verificarmos que, associadas à acne ainda surgem outras perturbações.

**PÚBLICO-ALVO:** O presente estudo dirige-se a qualquer sujeito que tenha tido ou tenha Acne, mesmo que esta não lhe tenha sido diagnosticada por nenhum profissional de saúde.  
Se não preenche este requisito então não deve aceitar participar neste estudo.

**PROCEDIMENTOS:** Caso decida participar, terá apenas de preencher este **consentimento informado**, o **questionário sócio-demográfico** e responder às perguntas da **entrevista**. Deve ter em consideração que não existem respostas certas ou erradas, sendo importante expressar livremente a sua perspectiva pessoal.

Antes de aceitar participar nesta investigação deve compreender que:

- ✓ A sua participação é voluntária e pode desistir em qualquer momento sem que isso tenha para si quaisquer consequências negativas;
- ✓ Não existe qualquer risco ou prejuízo para a sua saúde e bem-estar e, no caso de estar a efectuar terapêutica, a participação neste estudo não implica nenhuma alteração do modo como decorre o seu tratamento;
- ✓ Todos os dados fornecidos são confidenciais, sendo tratados estatisticamente e usados apenas para fins de investigação.

☐ Assinale este espaço com uma cruz **X** se leu, compreendeu e concorda com o que lhe foi apresentado.

**NOTA IMPORTANTE:** A razão para não solicitarmos um consentimento assinado é garantir o anonimato das suas respostas, evitando assim a sua identificação.

**ApB.2 Questionário sociodemográfico para pacientes que têm ou que tiveram Acne**

**Questionário Sócio - Demográfico**

Data: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_

Escolaridade:

Qual o último ano de escolaridade que frequentou? \_\_\_\_\_

Se continua a frequentar, indique o ano/grau de escolaridade? \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Casado/a \_\_\_\_ União de facto \_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_

Separado/a \_\_\_\_ Viúvo/a \_\_\_\_

Solteiro com parceiro/namorado \_\_\_\_ Solteiro sem parceiro \_\_\_\_

Estado civil dos pais:

Casado/a \_\_\_\_ União de facto \_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_

Separado/a \_\_\_\_ Viúvo/a \_\_\_\_

Com quem vive:

Ambos os Pais \_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_ Pai \_\_\_\_ Sozinho \_\_\_\_

Marido/Companheiro \_\_\_\_ Outros \_\_\_\_



### ApB.3 Entrevista semiestruturada a pacientes que têm ou que tiveram Acne

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA a indivíduos com Acne ou que a tenham tido

Esta entrevista incide sobre **três eixos** principais:

- As **causas** que os adolescentes atribuem à acne - o significado;
- As **consequências** de terem ou terem tido acne - o impacto;
- As **estratégias** que adoptaram para lidar com a sua acne - as estratégias de confronto.

1. Quais considera serem as **principais causas** da acne?

Ou seja, que tipo de factores lhe parece poder ter estado na **origem** ou **contribuído para o agravamento** da acne?

2. a) Referiu um conjunto de aspectos que podem ter estado na origem ou agravado a acne. Alguns destes aspectos podem ser considerados **psicológicos**. Quais?

ou

b) Não mencionou nenhum aspecto de **ordem psicológica**. Considera que podem existir aspectos psicológicos que causam ou agravam a acne? Quais?

3. Quais as principais **consequências** que a acne teve na sua vida? E na de outros adolescentes ou adultos conhecidos?

Acha que, de forma geral, o facto de ter tido acne altera a qualidade de vida? Ter acne altera globalmente o bem-estar? Como?

a) Se respondeu sim. Considera que o modo como sentiu a sua qualidade de vida alterada pela acne se foi modificando com a idade?

b) E se fosse do sexo oposto, pensa que essas alterações seriam outras? Quais?

4. O que faz quando pensa na acne ou quando se sente pior por causa da acne?

Quais as principais **estratégias** que utiliza para lidar com esta doença?

E quando sente que esta se agrava, o que faz?

Já se deu conta de outros modos de lidar com esta doença, utilizados pelos adolescentes? Quais?

- a) Estas estratégias foram mudando com a idade? Uma foram abandonadas e outras adoptadas? Quais?
- b) Se fosse um adolescente do sexo oposto pensa que faria o mesmo ou reagiria de um modo diferente? Como?
5. Conversou com alguém sobre como se sente/sentiu por ter ou ter tido acne? Com quem?
6. Considera que os outros, de um modo geral, compreendem/compreenderam o sofrimento de alguém com acne? Que valorizam a sua importância como um problema de saúde, que pode ser tratado, ou se, pelo contrário o desvalorizam?
7. Procurou/procura informação sobre a acne: o que é, quais as suas causas, evolução e consequências, por exemplo, através da internet, revistas, colegas, amigos, familiares, etc.?
- Se respondeu sim, como?
8. Recorda-se de quanto tempo decorreu entre o surgimento da acne e a sua ida a uma primeira consulta médica, no caso de ter recorrido a tal?
- Foi a um médico de família? A um dermatologista? Ao farmacêutico? A quem recorreu? Quais as razões que o conduziram à escolha deste profissional?
- Em caso negativo, as questões seguintes não se aplicam. Siga directamente para a questão 12.
9. Quem fez a marcação da consulta?
10. Foi acompanhado por alguém à primeira consulta? E às seguintes?
11. Tem conseguido seguir o tratamento que lhe foi indicado?
- Em caso afirmativo. O que pensa que contribui para isso?
- Em caso negativo. O que considera que falta ou que o poderia ajudar a efectuar o tratamento, tal como lhe foi indicado?
12. Para que possa entender melhor como tem vivido ou viveu esta situação, há algo mais que queira acrescentar, importante para que possamos conhecer e perceber como **pensa** e se **sente** alguém com acne?

*Muito obrigada pela sua preciosa colaboração.*

Catarina Rebelo Neves

#### ApB.4 Consentimento informado para profissionais de saúde

Nº DE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

## Acne e Saúde Pública

### CONSENTIMENTO INFORMADO

[Cada participante deve receber, ler e compreender esta informação antes de decidir participar]

**Este consentimento informado descreve a presente investigação de modo a poder decidir se aceita participar na mesma.**

**ENQUADRAMENTO:** Este estudo realiza-se no âmbito do **Doutoramento em Ciências da Vida**, na especialidade de *Saúde Pública*, Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

**RESPONSABILIDADE:** Desenvolvido pela doutoranda Catarina Rebelo Neves ([crebeloneves@gmail.com](mailto:crebeloneves@gmail.com)) sob a orientação científica do Professor Doutor Jorge Torgal Garcia.

**OBJECTIVO GERAL:** Pretendemos investigar as características psicológicas dos adolescentes com acne, ou seja, contribuir para a identificação do perfil psicológico do adolescente acneíco.

**IMPORTÂNCIA:** Devido à elevada incidência da acne, em ambos os sexos, sobretudo numa idade particularmente sensível, a adolescência, ela revela-se uma questão pertinente, ao nível da saúde pública, se verificarmos que, associadas à acne ainda surgem outras perturbações.

**PÚBLICO-ALVO:** O presente estudo dirige-se a qualquer profissional de saúde que tenha tido ou tenha contacto com sujeitos com Acne, independentemente do grau de gravidade da mesma.  
Se não preenche este requisito então não deve aceitar participar neste estudo.

**PROCEDIMENTOS:** Caso decida participar, terá apenas de preencher este **consentimento informado**, o **questionário sócio-demográfico** e responder às perguntas da **entrevista**. Deve ter em consideração que não existem respostas certas ou erradas, sendo importante expressar livremente a sua perspectiva pessoal.

Antes de aceitar participar nesta investigação deve compreender que:

- ✓ A sua participação é voluntária e pode desistir em qualquer momento sem que isso tenha para si quaisquer consequências negativas;
- ✓ Não existe qualquer risco ou prejuízo para a sua saúde e bem-estar e, no caso de estar a efectuar terapêutica, a participação neste estudo não implica nenhuma alteração do modo como decorre o seu tratamento;
- ✓ Todos os dados fornecidos são confidenciais, sendo tratados estatisticamente e usados apenas para fins de investigação.

☐ Assinale este espaço com uma cruz **X** se leu, compreendeu e concorda com o que lhe foi apresentado.

**NOTA IMPORTANTE:** A razão para não solicitarmos um consentimento assinado é garantir o anonimato das suas respostas, evitando assim a sua identificação.

**ApB.5 Questionário sociodemográfico para profissionais de saúde**

**Questionário Sócio - Demográfico**  
**Profissionais de saúde**

Data: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Anos de prática clínica: \_\_\_\_\_

Localização geográfica da sua actividade profissional:

Norte: \_\_\_\_\_ Cidade(s) de:

Centro: \_\_\_\_\_ Cidade(s) de:

Sul: \_\_\_\_\_ Cidade(s) de:

## ApB.6 Entrevista semiestruturada a profissionais de saúde

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### a profissionais de saúde

Entrevista sobre três eixos principais:

- As **causas** que os adolescentes atribuem à acne;
- As **consequências** de terem ou terem tido acne;
- As **estratégias** que adoptaram para lidar com a sua acne.

1. O que pensa, sucintamente, sobre etiopatogenia da acne? Quais as **principais causas** que identifica, factores que considera como predisponentes e/ou estarem implicados como agravantes e/ou mediadores?
2. Da sua prática clínica, há algum tipo de **causalidade psicológica** ou de efeito de variáveis de psicológicas no desencadeamento e/ou agravamento da acne e que considera que contribuam para a sua manutenção? Quais?
3. A partir do que observa, qual o **significado** que os adolescentes atribuem à sua acne? Que tipo de causas lhe atribuem?
4. Quais os principais **consequências** que a acne tem na vida dos adolescentes?  
  
Perguntando de outro modo, qual o **impacto** que considera que a acne tem ao nível da sua qualidade de vida?  
  
Parece-lhe que esse impacto é diferente consoante o **género** (M/F)? Como?  
  
Será que essas **consequências** se vão alterando/adequando em função da **idade**? Como?
5. Quais as principais **estratégias de confronto** que observa estes utilizarem?  
  
Ou seja, quais as principais **estratégias de coping**, ou modos de lidar com esta doença, que observa que os adolescentes usam?

Identifica **estratégias** diferentes consoante o **género** (M/F)? Quais?

Parece-lhe que essas **estratégias** se vão alterando/adequando em função da **idade**? Como?

6. Quais as variáveis que considera pertinentes incluir num estudo epidemiológico, que permita a caracterização da população portuguesa com a acne e averiguar do seu impacto psicológico?
7. Na sua prática clínica utiliza habitualmente alguma escala de classificação da acne? Qual?
8. Considera relevante, em termos de investigação, a distinção entre os diversos tipos de acne? Quais?
9. Considera relevante, em termos de investigação, a identificação da localização da acne?
10. Considerando que este se trata de um estudo não clínico, qual a medida ou classificação da acne que lhe parece mais adequada propor aos indivíduos da investigação?
11. Na sua prática clínica, quanto tempo, em média, decorre entre o surgimento da acne e a vinda a uma primeira consulta?
12. Quem, em geral, faz a marcação desta e/ou vem à consulta com o adolescente?
13. Quais os principais factores que considera contribuir para a adesão/*compliance* do doente à terapêutica?
14. Que outros aspectos gostaria de destacar da sua clínica com indivíduos acnéicos?
15. Por razões experimentais estamos a considerar fazer incidir este estudo sobre uma faixa etária a partir dos 16 anos. O que lhe parece?

*Muito obrigada pela sua preciosa colaboração.*

Catarina Rebelo Neves

## Apêndice C: Apresentação de resultados do estudo II

### ApC.1 Caracterização da amostra

Tabela ApC.1: Estudo II - Amostra - faixa etária

	Idade	Média etária	Desvio Padrão
Sem Acne	15-71	37,28	11,23
Com Acne	15-65	30,75	8,95
Total	15-71	34,22	10,72

Tabela ApC.2: Estudo II - Amostra - distribuição etária por subgrupos

	Total		Com Acne		Sem Acne	
< 20 anos	18	4,90%	17	9,88%	1	0,51%
20 - 24 anos	38	10,36%	25	14,54%	13	6,67%
25 - 29 anos	77	20,98%	38	22,09%	39	20,00%
30 - 34 anos	77	20,98%	34	19,77%	43	22,05%
> 35 anos	157	42,78%	58	33,72%	99	50,77%
Total	367	100,00%	172	100,00%	195	100,00%

**Tabela ApC.3: Estudo II - Amostra - grau de escolaridade**

Grau de Escolaridade				
9º Ano	5	1,36%	30	8,18%
12º Ano	25	6,81%		
Frequência de Ensino Superior	31	8,45%	334	91,00%
Licenciatura	105	28,61%		
Pós Graduação	37	10,08%		
Frequência de Mestrado	22	5,99%		
Mestrado	90	24,52%		
Frequência do Doutoramento	30	8,17%		
Doutoramento	19	5,18%		
Outro	3	0,82%	3	0,82%
<b>Total</b>	367	100,00%		

**Tabela ApC.4: Estudo II - Amostra - estado civil**

Estado Civil		
Solteiro sem Parceiro(a)/Namorado(a)	90	24,52%
Solteiro com Parceiro(a)/Namorado(a)	109	29,70%
Casado(a)	104	28,34%
União de Facto	38	10,35%
Divorciado(a)	24	6,54%
Separado(a)	2	0,54%
Viúvo(a)	0	0,00%
Total	367	100,00%



**Tabela ApC.5: Estudo II - Amostra - agregado familiar**

Agregado familiar		
Ambos os pais	65	17,71%
Mãe	19	5,18%
Pai	2	0,54%
Sozinho(a)	69	18,80%
Marido(mulher) / Companheiro(a)	187	50,95%
Outros	25	6,81%
Total	367	100,00%

**Tabela ApC.6: Estudo II - Amostra - estado civil dos pais**

Estado civil dos pais		
Solteiro(a)	8	2,18%
Casado(a)	236	64,31%
União de facto	1	0,27%
Divorciado(a)	59	16,08%
Separado(a)	6	1,63%
Viúvo(a)	52	14,17%
Outro	5	1,36%
Total	367	100,00%



Figura ApC.1: Estudo II - Amostra - distribuição geográfica

## ApC.2 Dados do IQV-D

Tabela ApC.7: Estudo II - Síntese dos resultados das sete subescalas da IQV-D

		Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
IQV-D SS	Total	0	6	1,24	1	1,32	0,69
	C/ Acne	0	6	1,90	1	1,35	0,61
	S/ Acne	0	6	0,65	0	0,97	0,64
IQV-D AQ	Total	0	4	0,22	0	0,66	0,66
	C/ Acne	0	4	0,38	0	0,89	0,67
	S/ Acne	0	2	0,07	0	0,30	0,42
IQV-D AL	Total	0	4	0,22	0	0,65	0,61
	C/ Acne	0	4	0,43	0	0,88	0,62
	S/ Acne	0	2	0,04	0	0,21	0,50
IQV-D ATE	Total	0	3	0,24	0	0,50	
	C/ Acne	0	3	0,41	0	0,61	0,97
	S/ Acne	0	2	0,10	0	0,31	0,88
IQV-D RP	Total	0	4	0,19	0	0,58	0,78
	C/ Acne	0	4	0,38	0	0,79	0,77
	S/ Acne	0	2	0,03	0	0,19	0,67
IQV-D T	Total	0	3	0,19	0	0,47	
	C/ Acne	0	3	0,35	0	0,62	0,97
	S/ Acne	0	1	0,04	0	0,20	0,45

### ApC.3 Dados do ICA

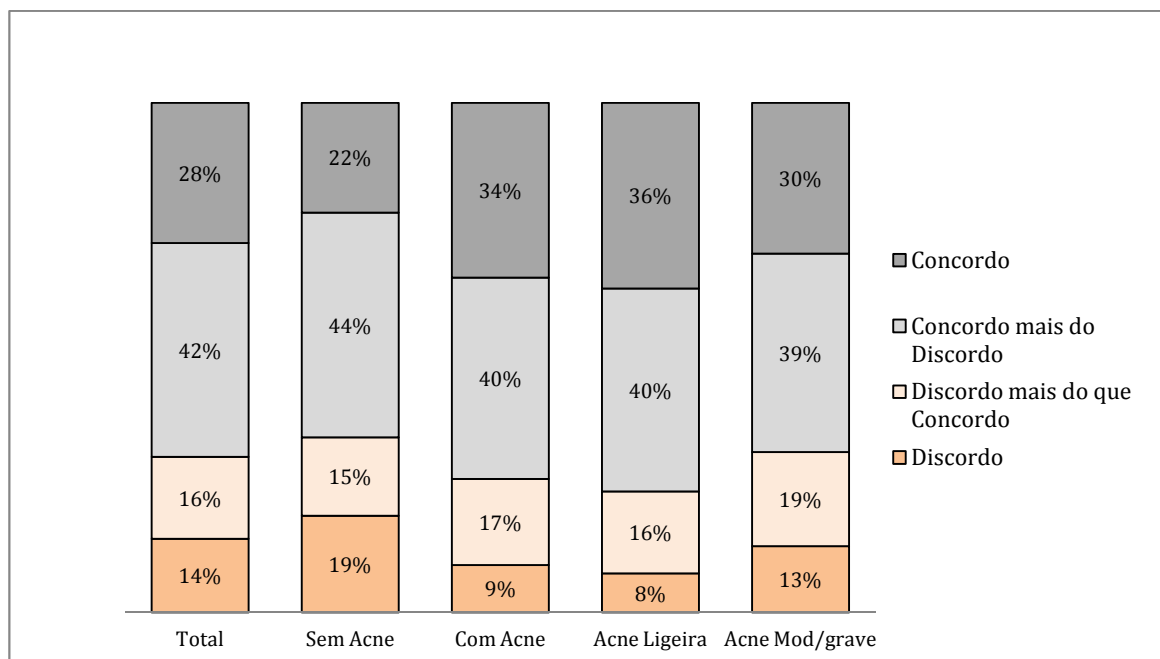


Gráfico ApC.1: Estudo II - ICA - Há uma predisposição hereditária para a Acne

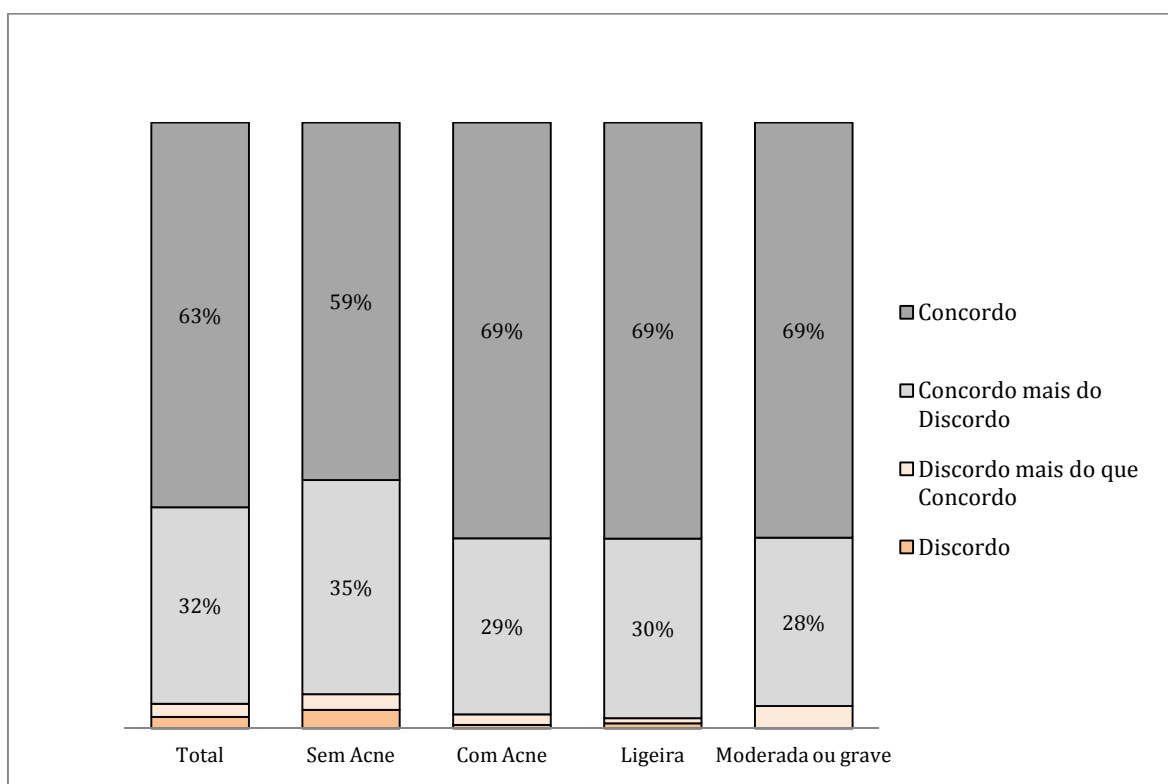


Gráfico ApC.2: Estudo II - ICA - A Acne deve-se a alterações das hormonas

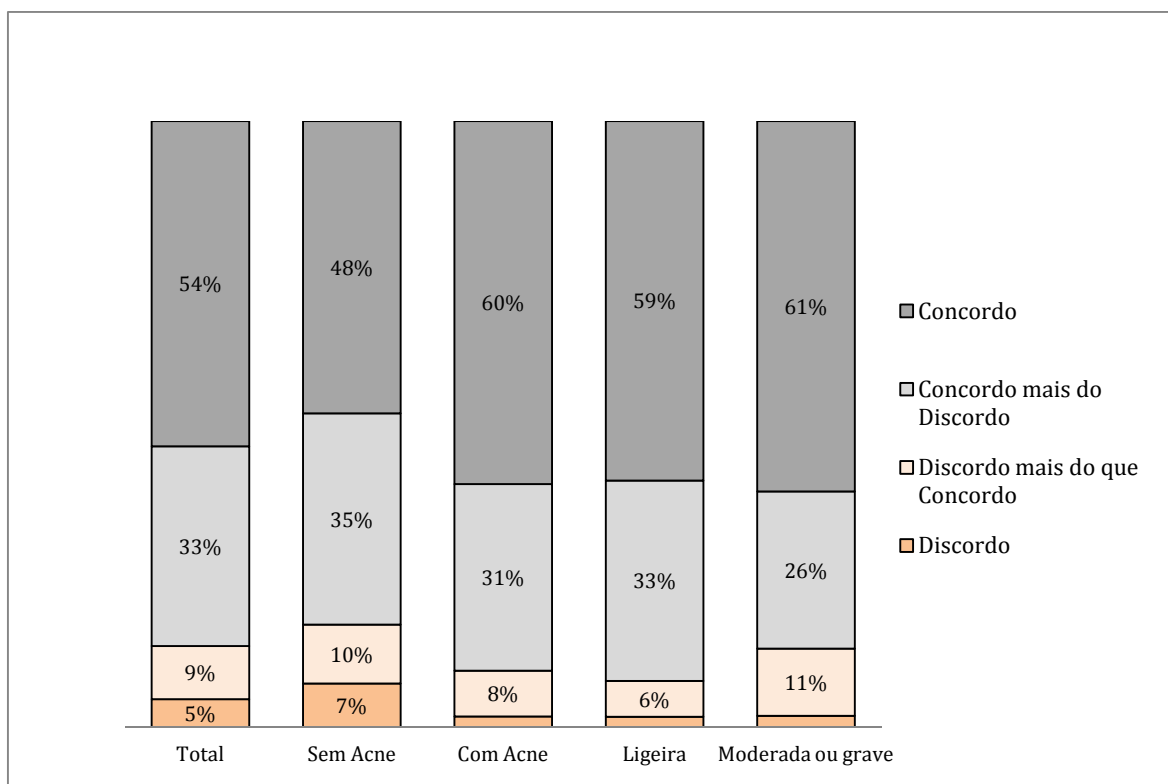


Gráfico ApC.3: Estudo II - ICA - A Acne deve-se ao excesso da oleosidade da pele

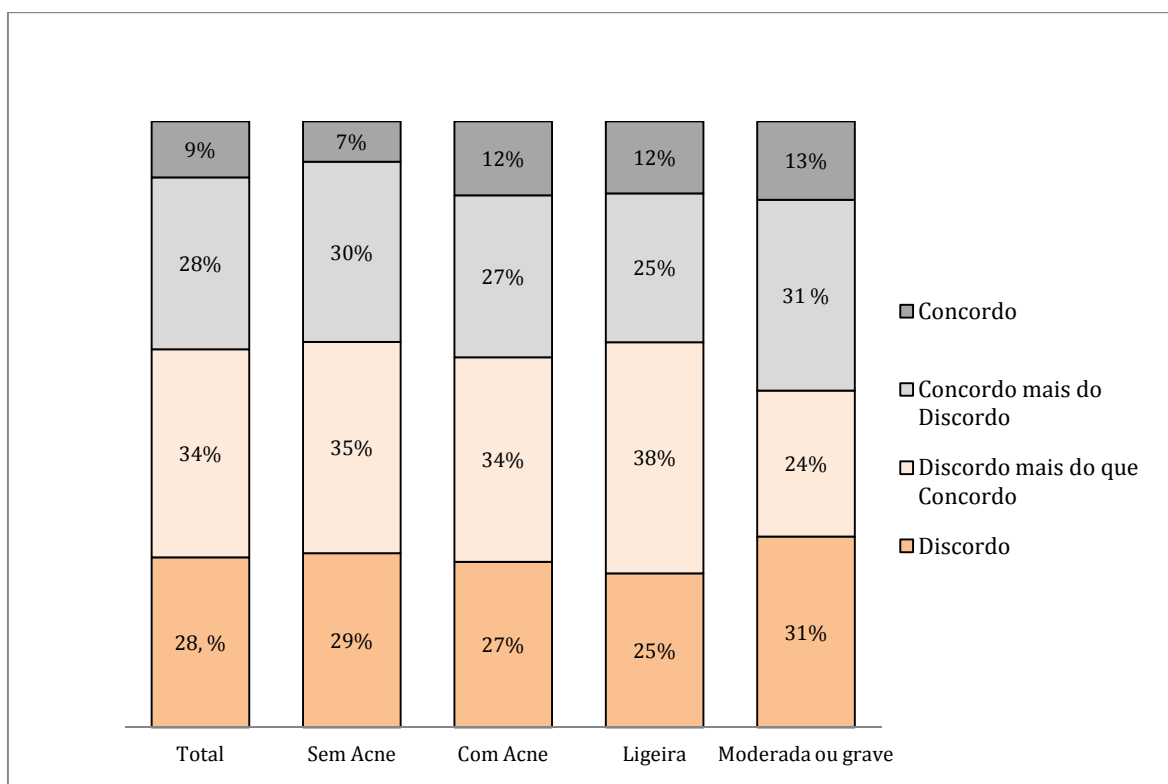


Gráfico ApC.4: Estudo II - ICA - A Acne deve-se à ingestão de chocolate

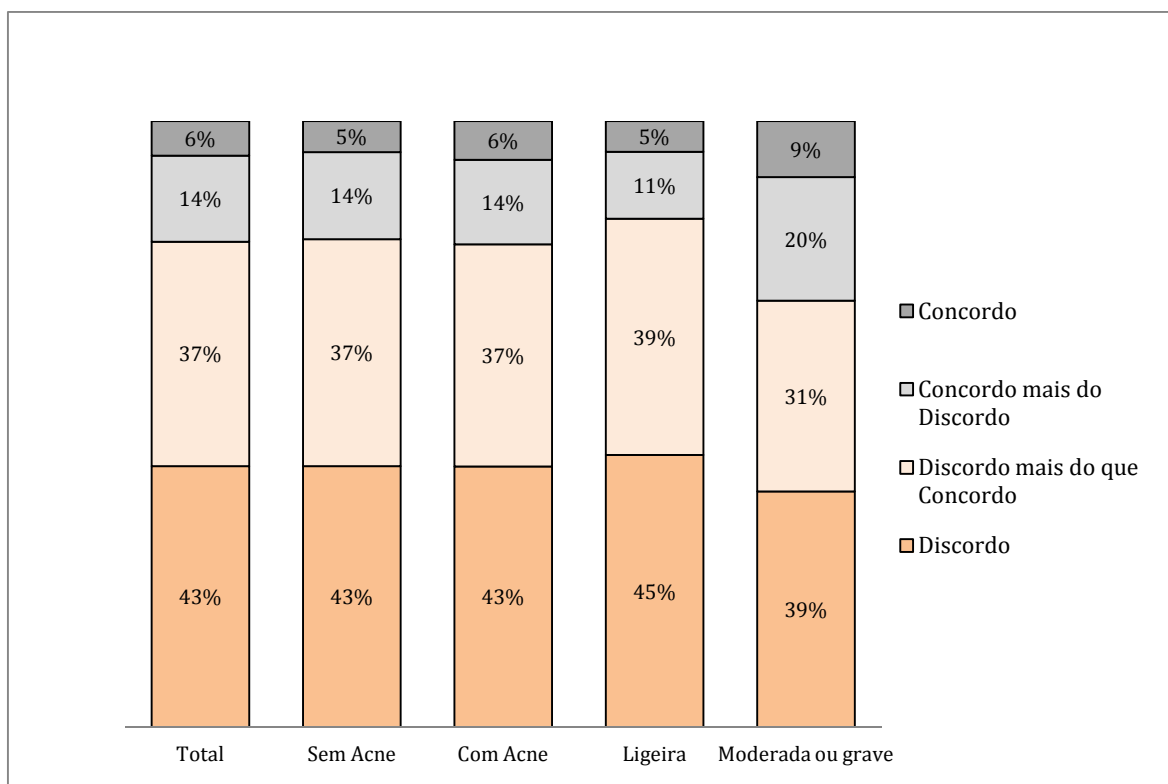


Gráfico ApC.5: Estudo II - ICA - A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos

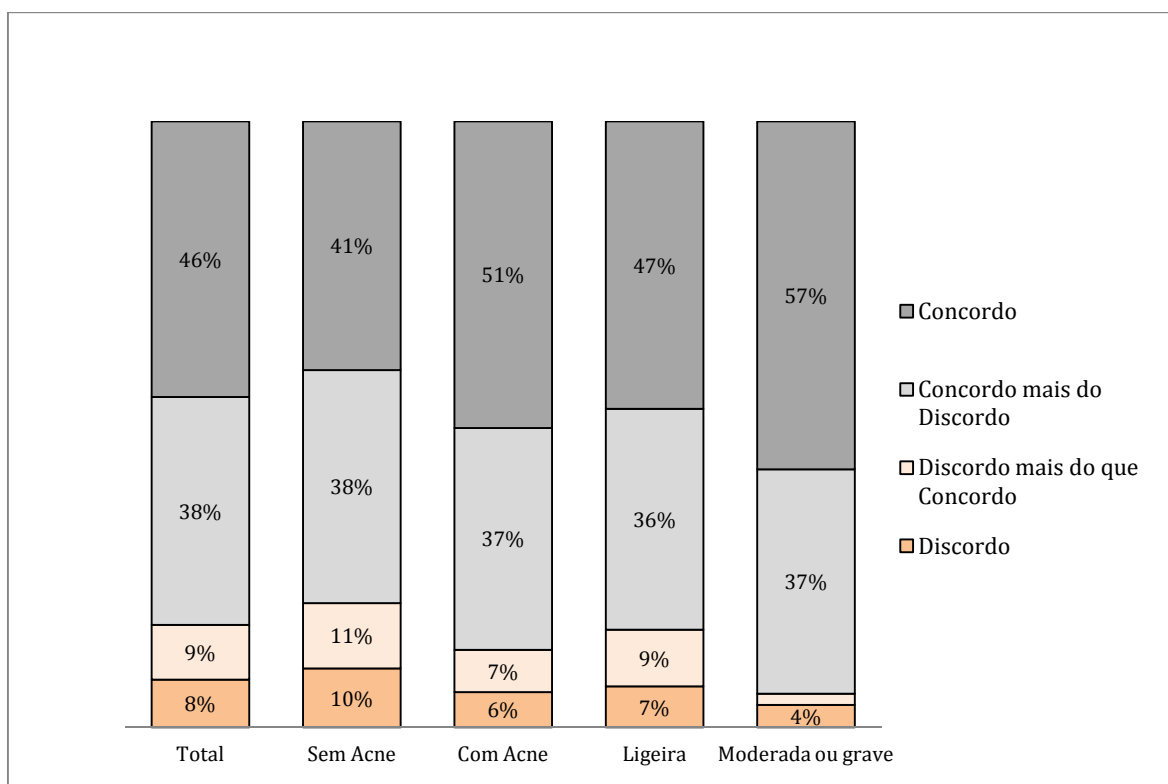


Gráfico ApC.6: Estudo II - ICA - Espremer as borbulhas agrava a Acne

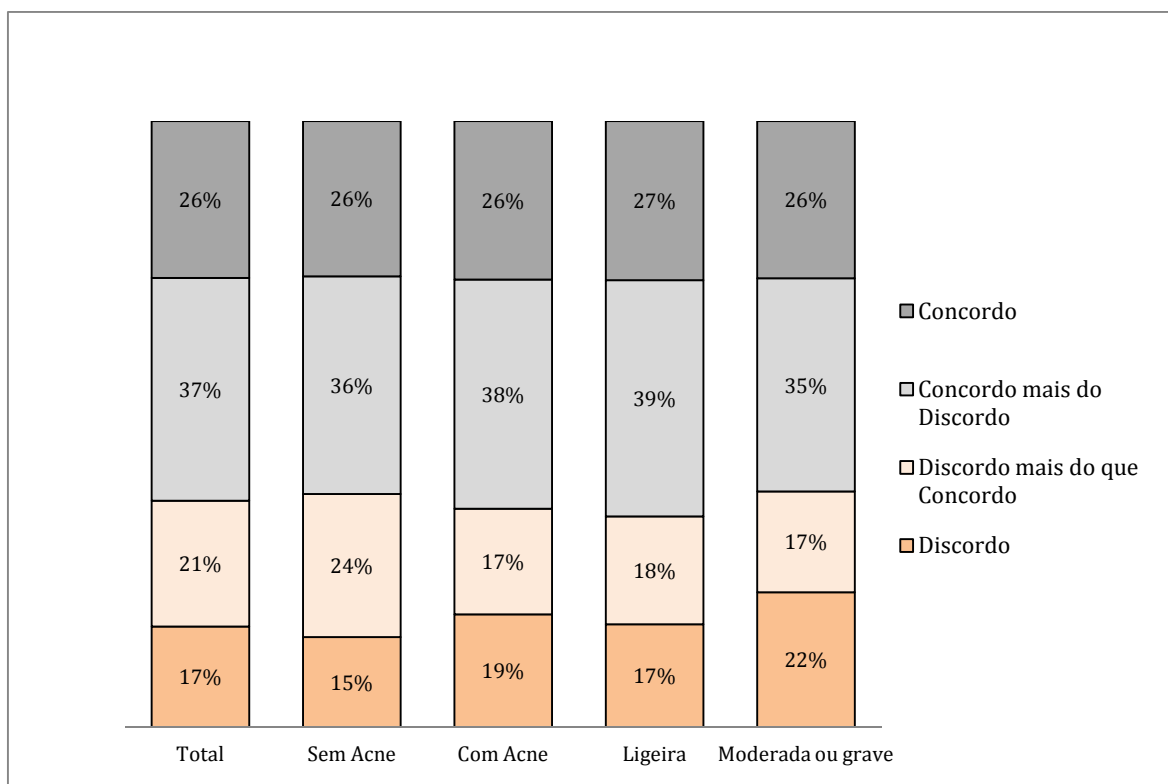


Gráfico ApC.7: Estudo II - ICA - Apanhar sol melhora a Acne

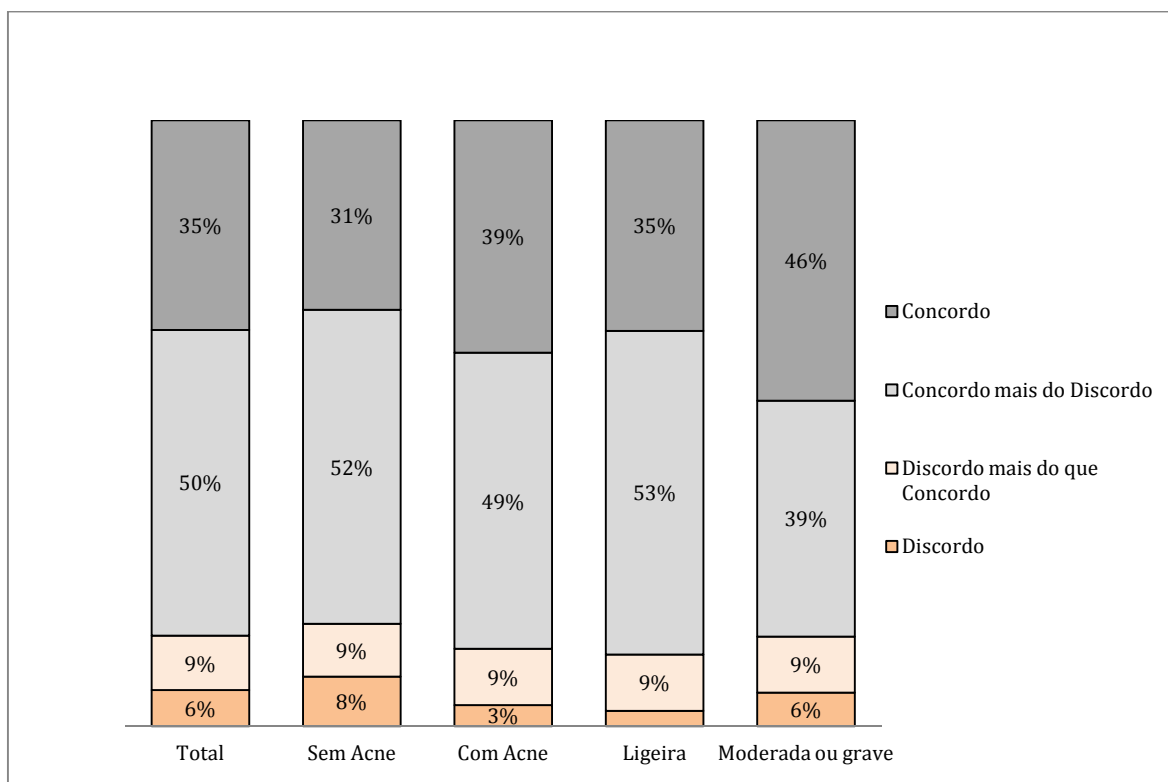
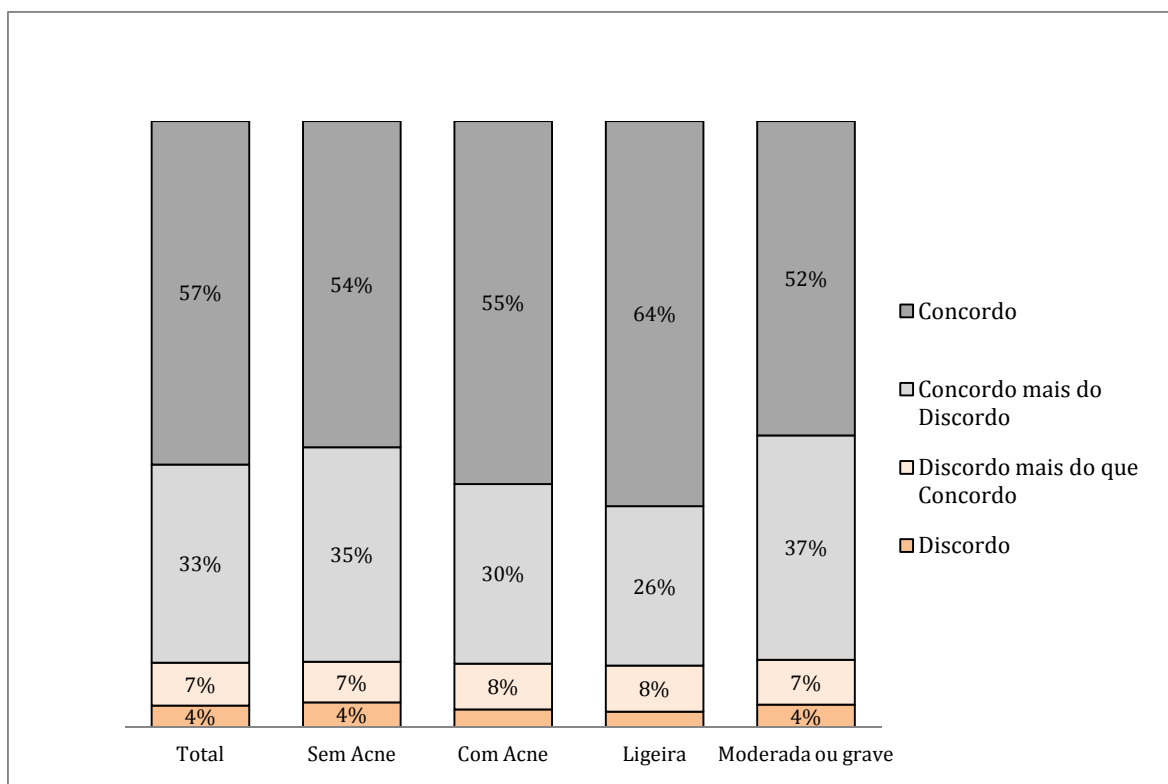
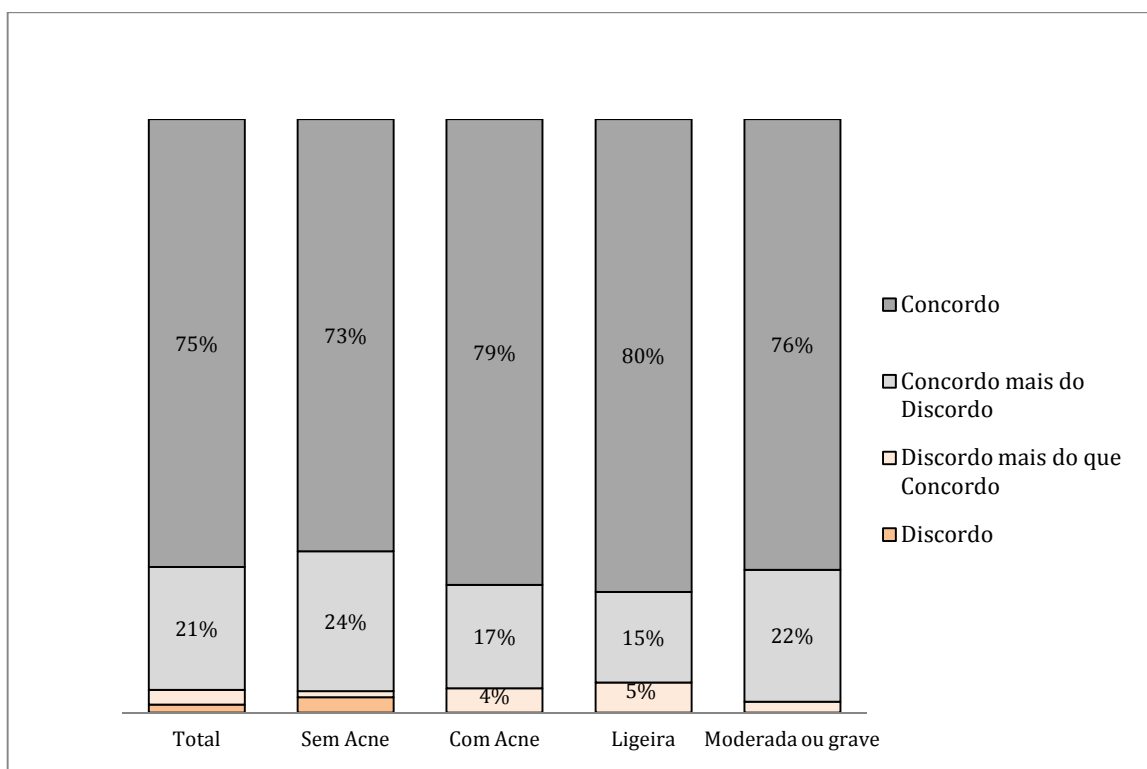


Gráfico ApC.8: Estudo II - ICA - A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo



**Gráfico ApC.9: Estudo II - ICA - A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais**



**Gráfico ApC.10: Estudo II - ICA - A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores**



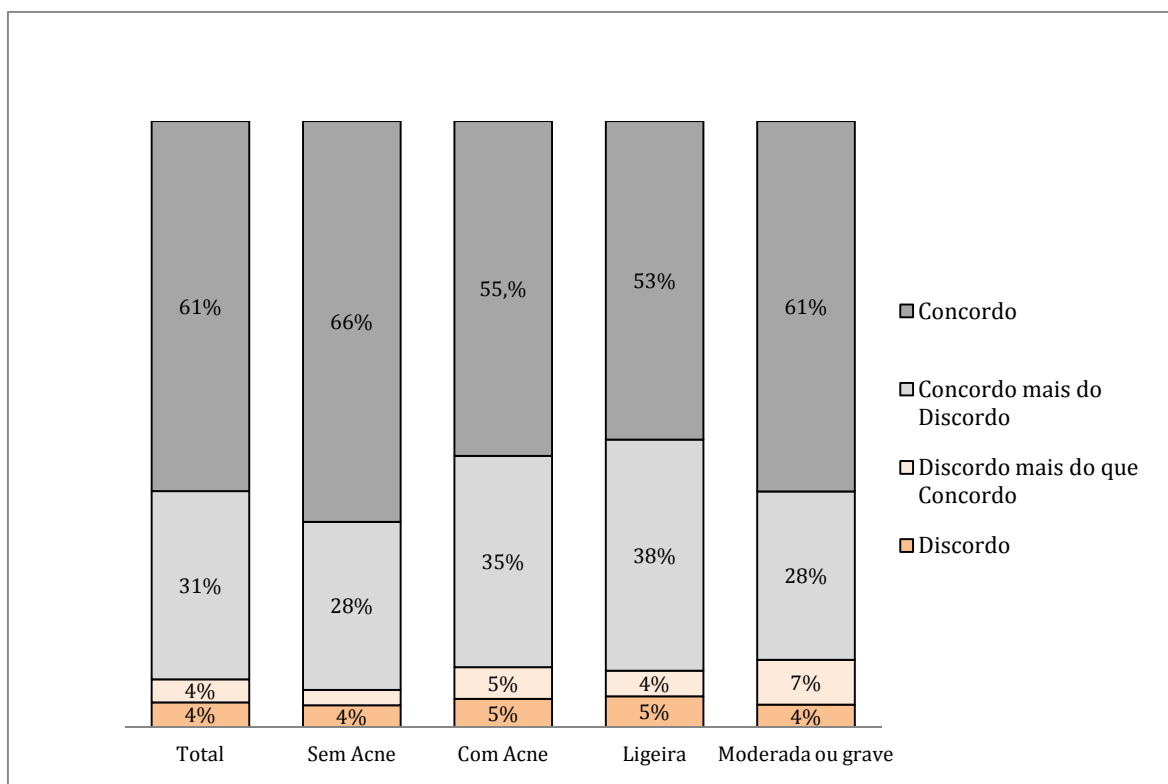


Gráfico ApC.11: Estudo II - ICA - A Acne altera o bem-estar

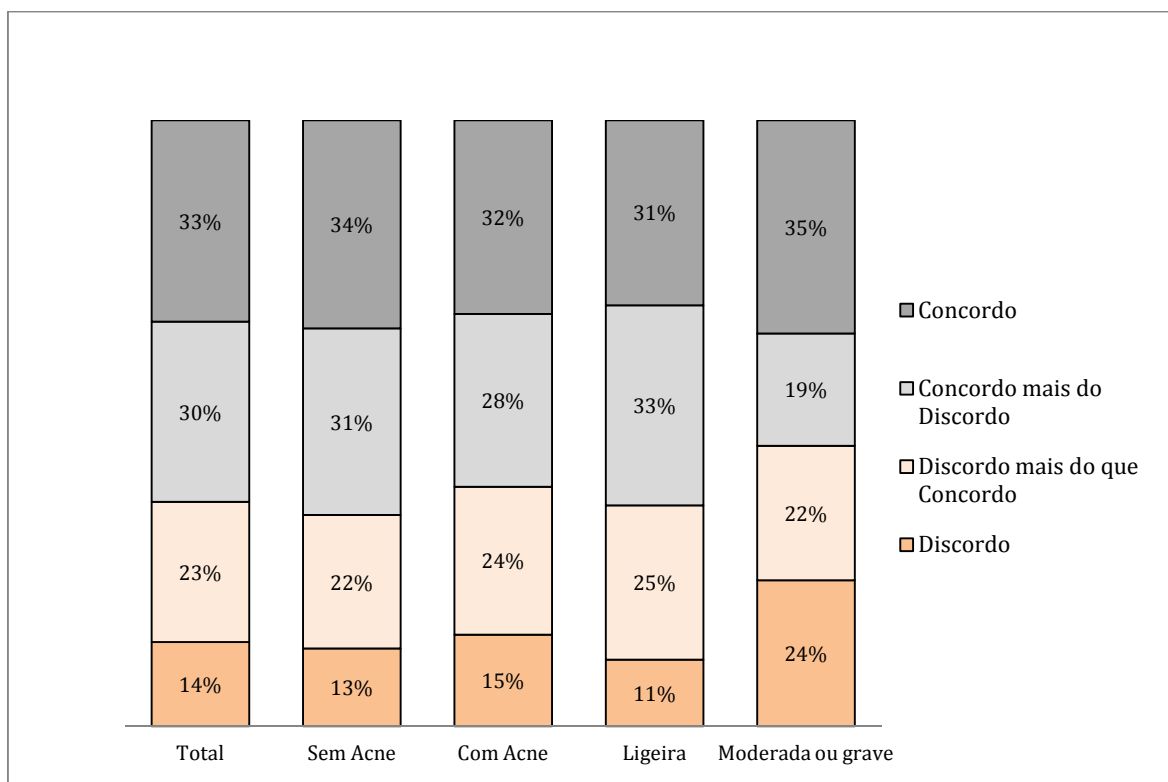


Gráfico ApC.12: Estudo II - ICA --Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada

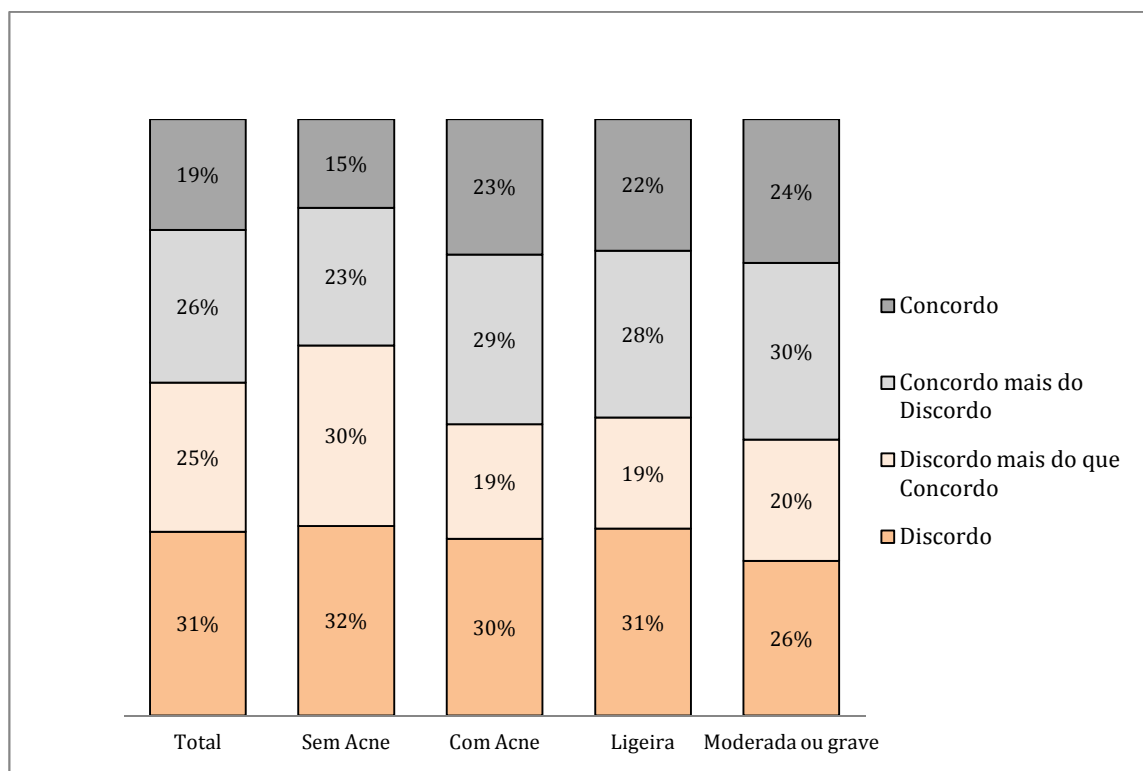


Gráfico ApC.13: Estudo II - ICA - A Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem

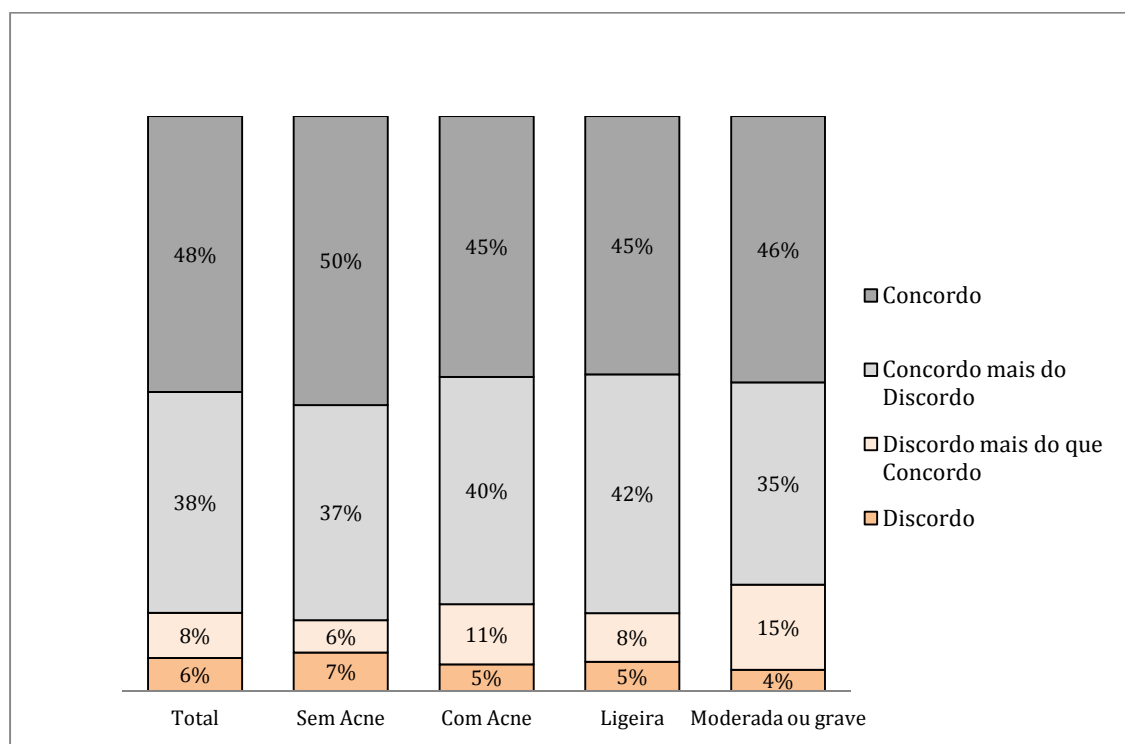


Gráfico ApC.14: Estudo II - ICA - As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade

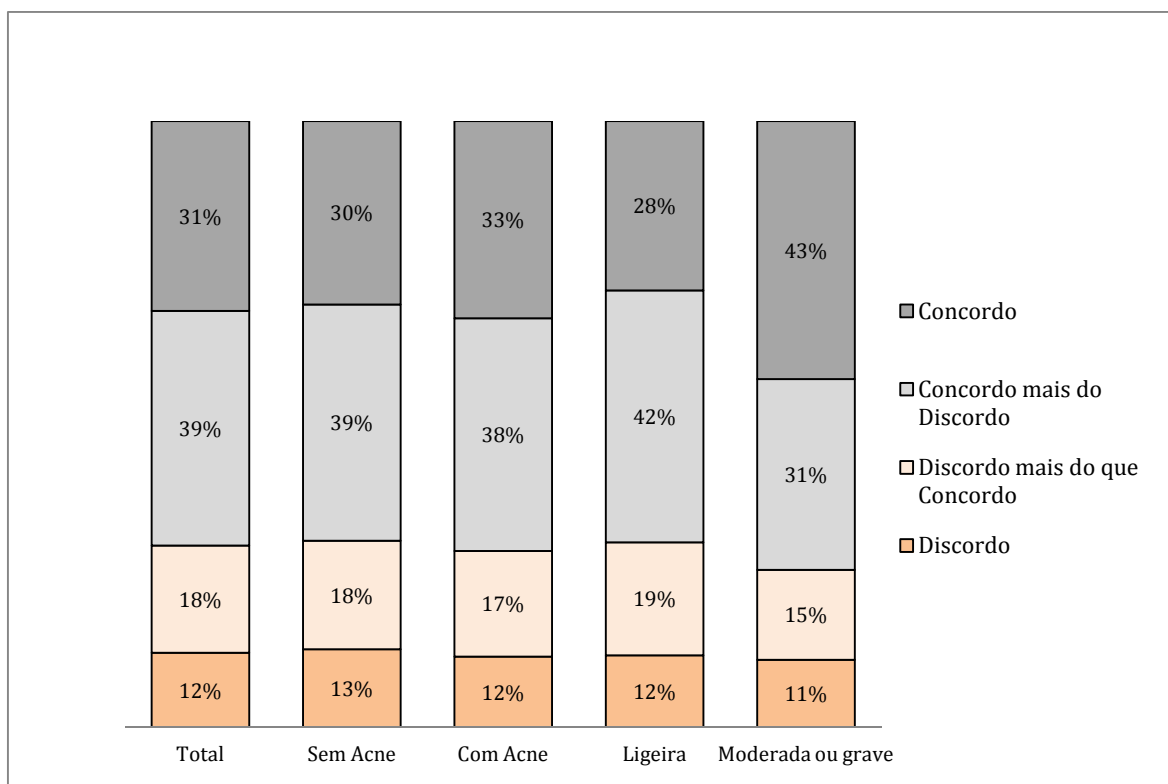


Gráfico ApC.15: Estudo II - ICA - As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino

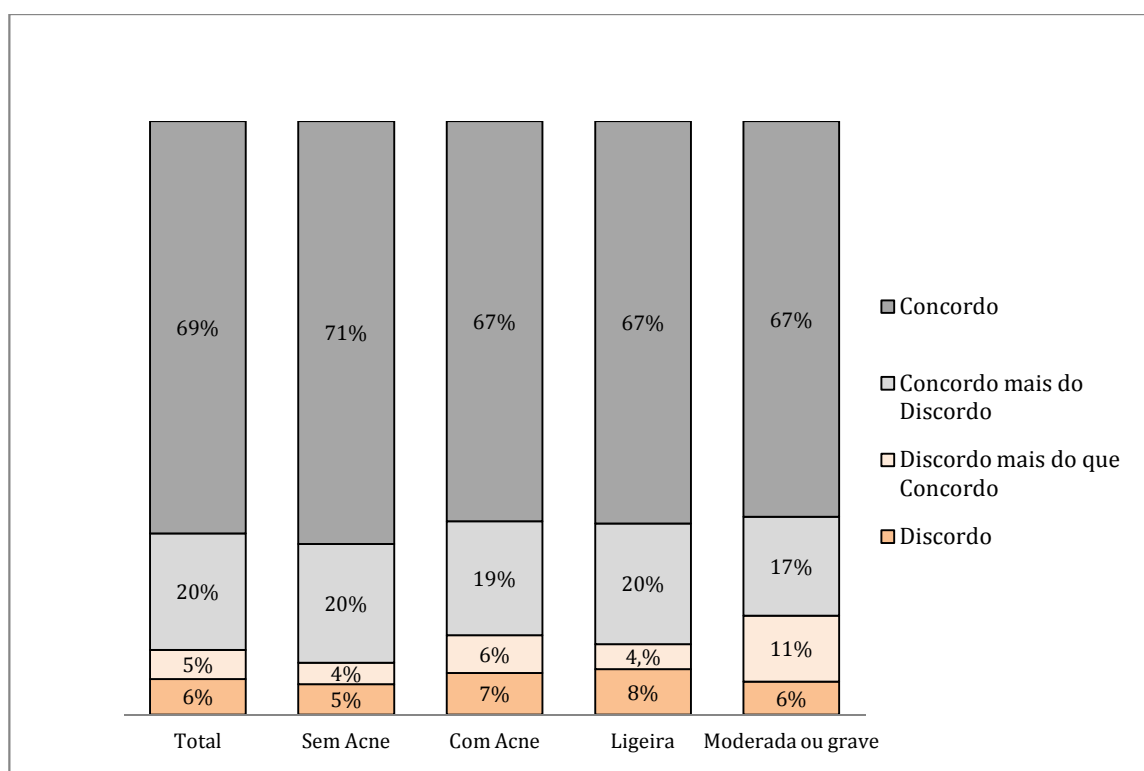
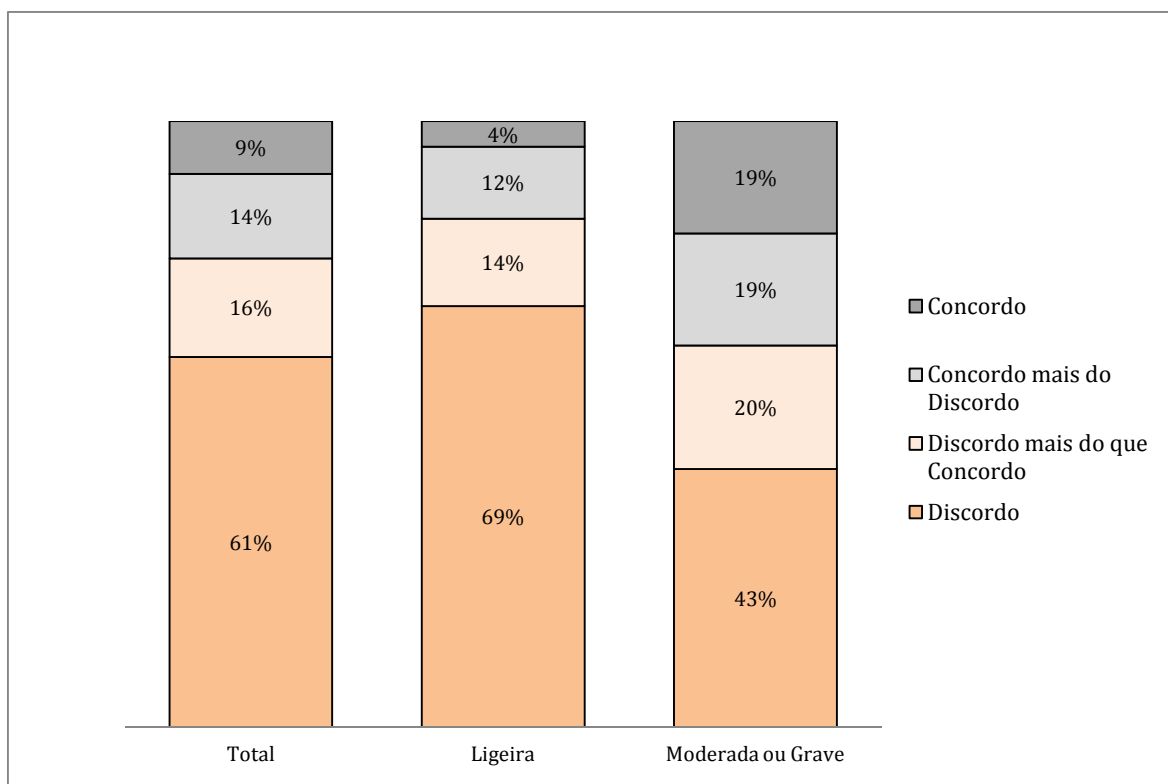
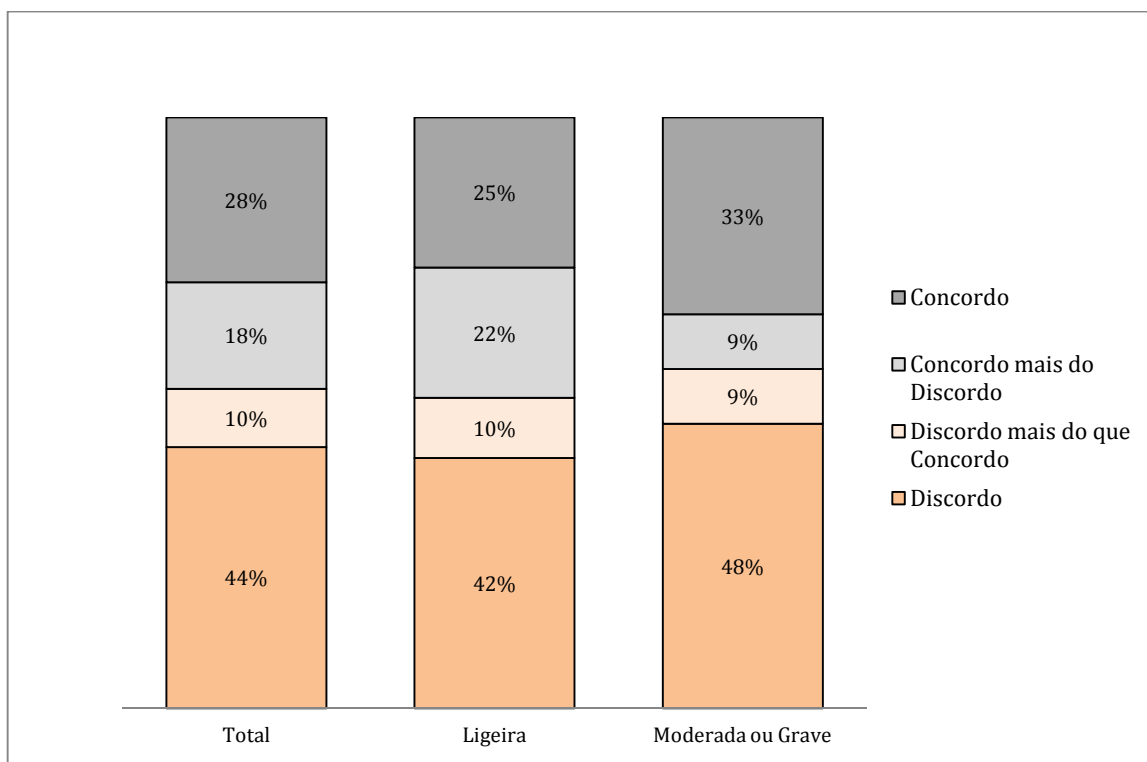


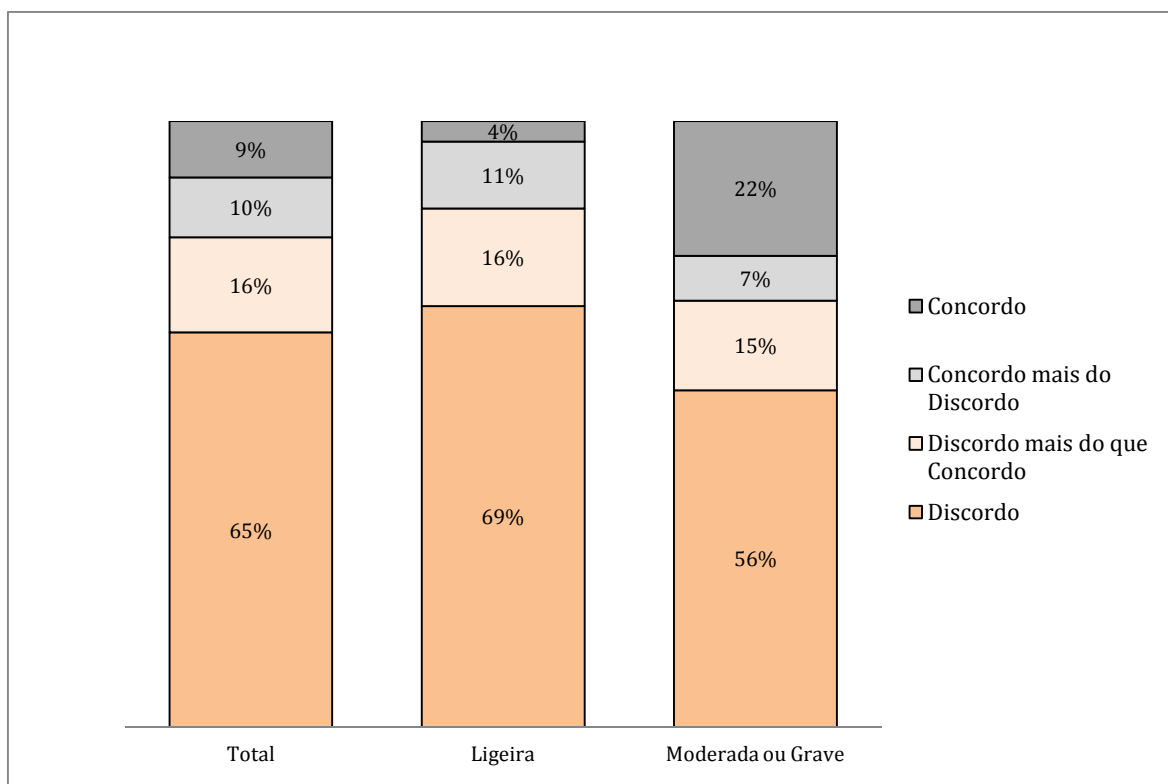
Gráfico ApC.16: Estudo II - ICA - A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado



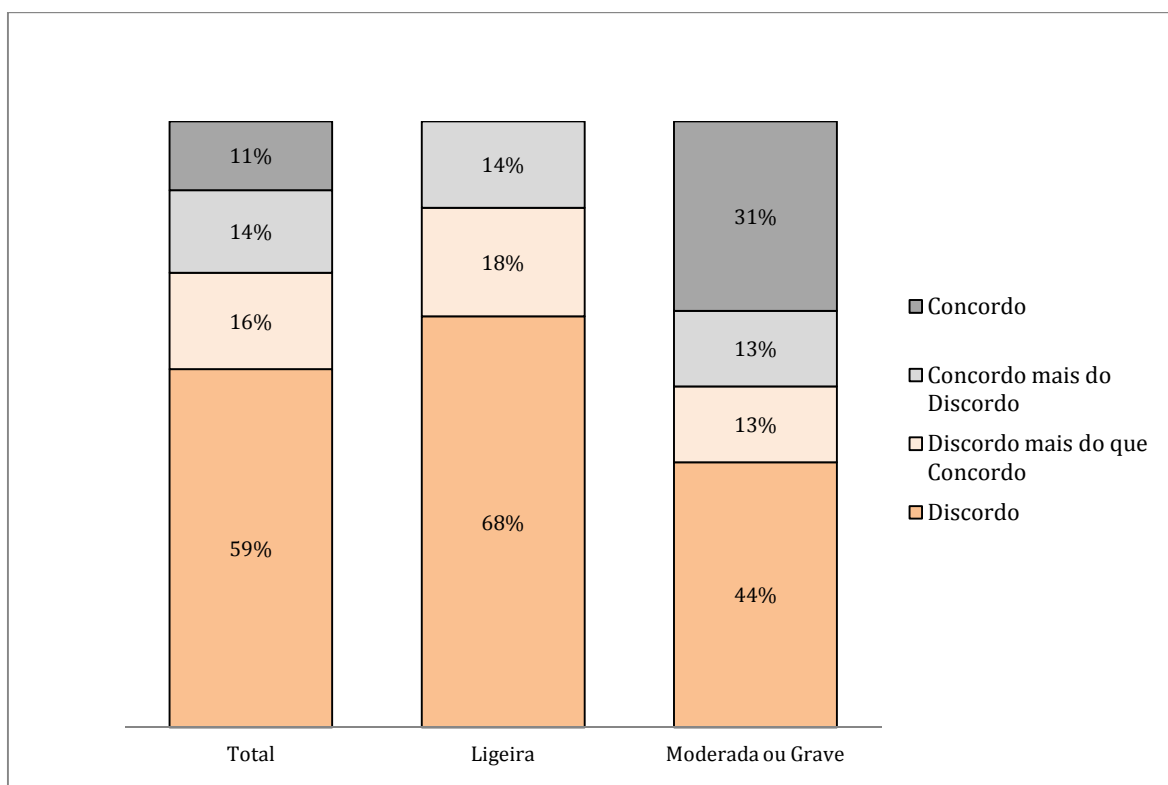
**Gráfico ApC.17: Estudo II - ICA - Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível**



**Gráfico ApC.18: Estudo II - ICA - Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível**



**Gráfico ApC.19: Estudo II - ICA - Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível**



**Gráfico ApC.20: Estudo II - ICA - Uso barba para tapar a Acne o mais possível**

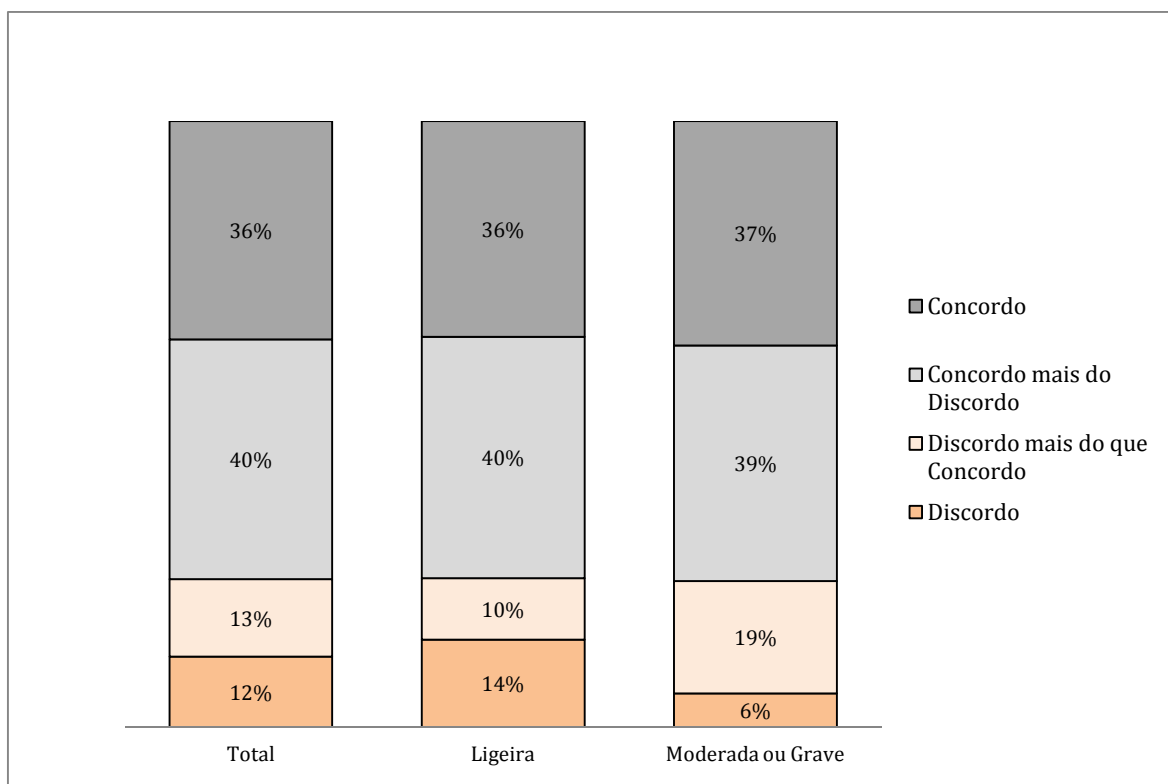


Gráfico ApC.21: Estudo II - ICA - Evito pensar na Acne

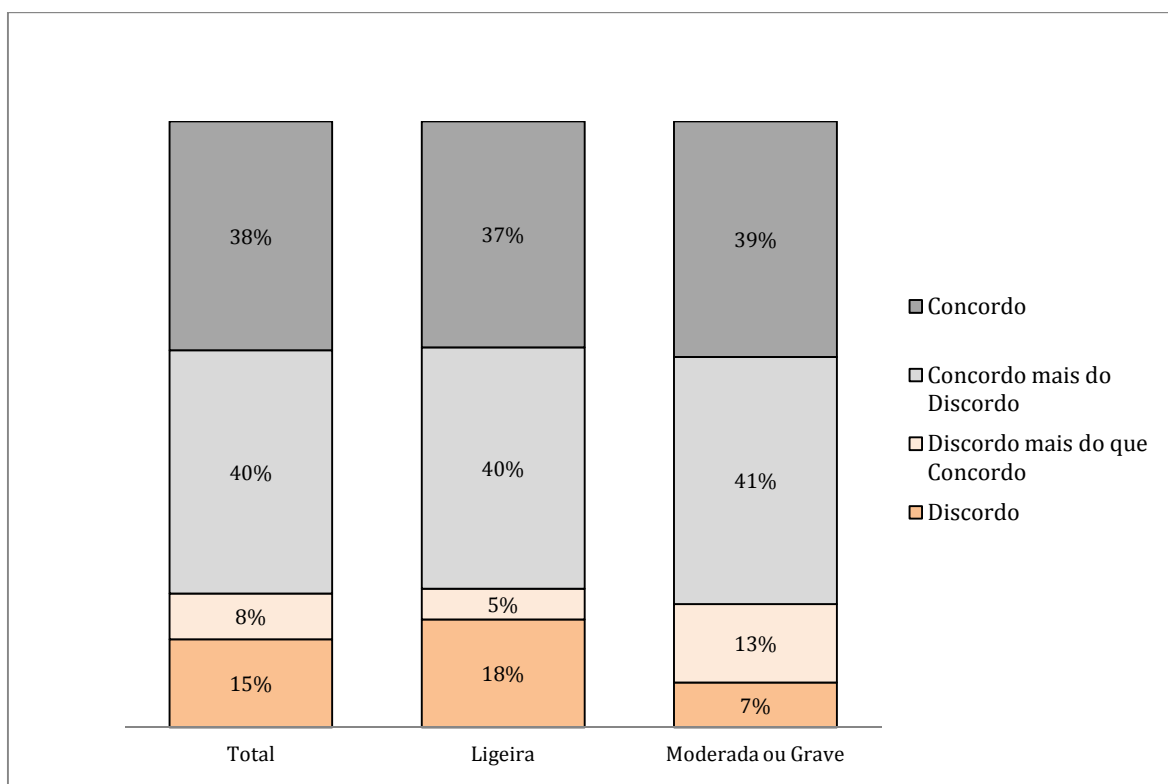
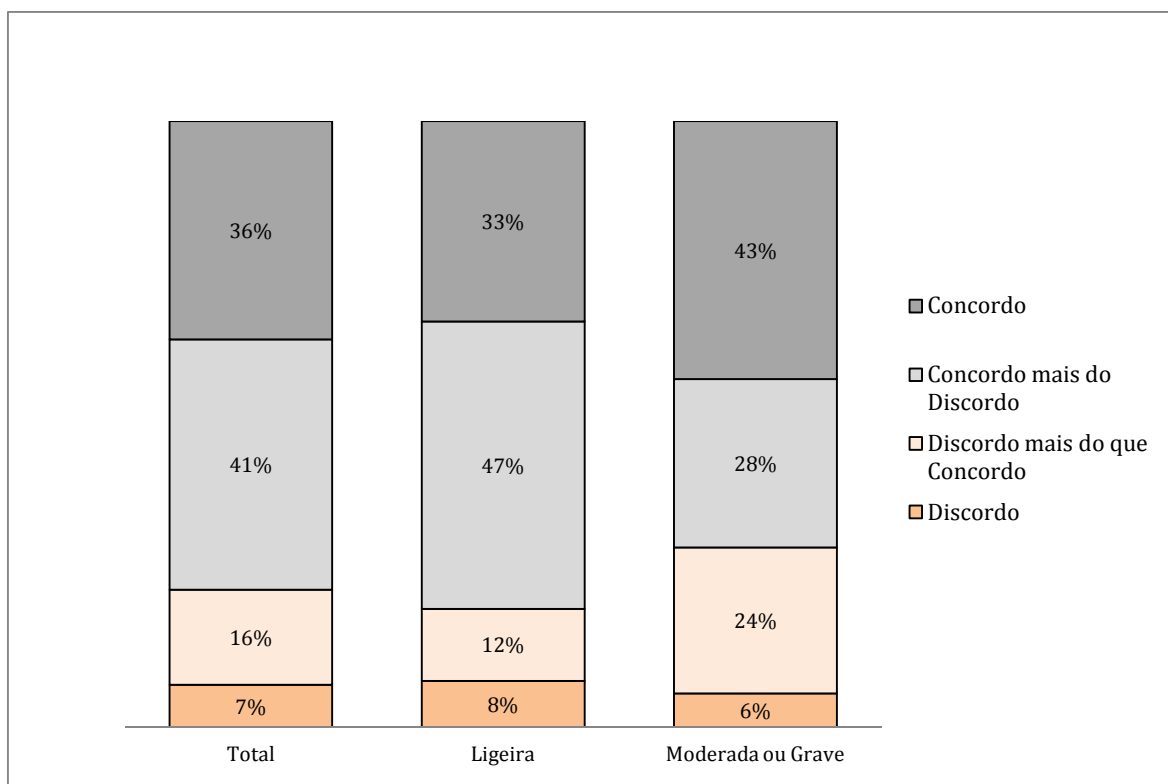
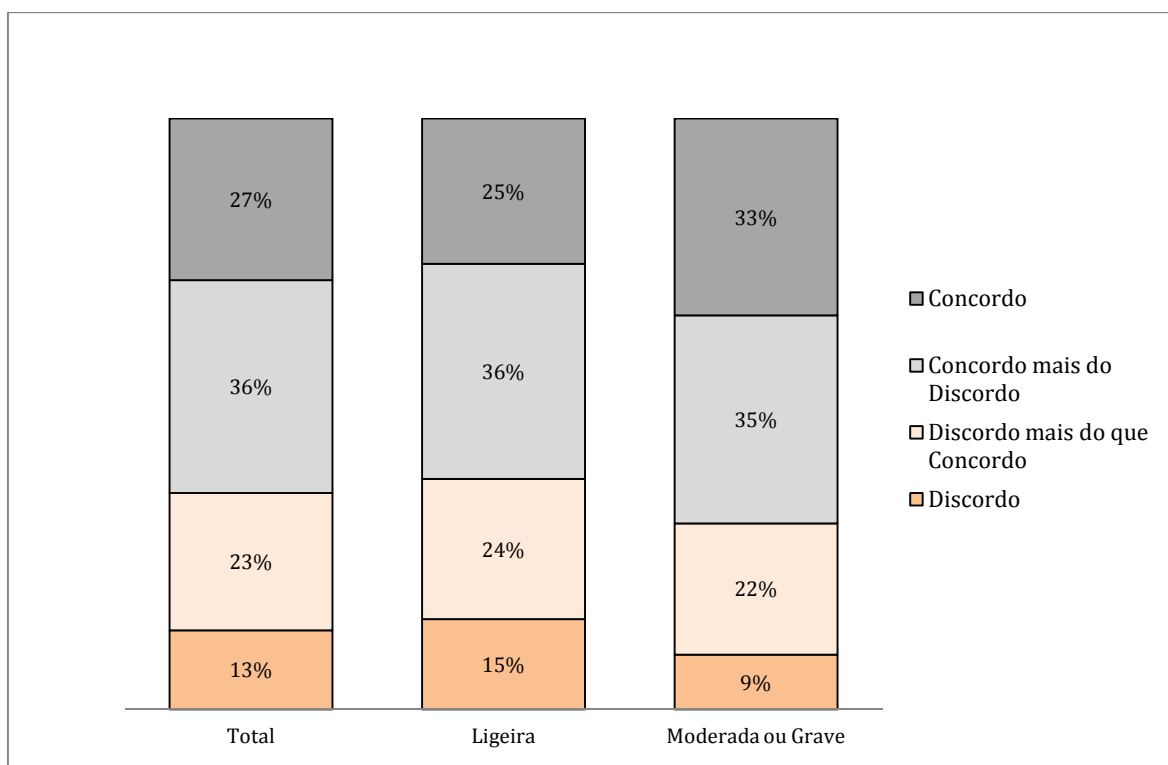


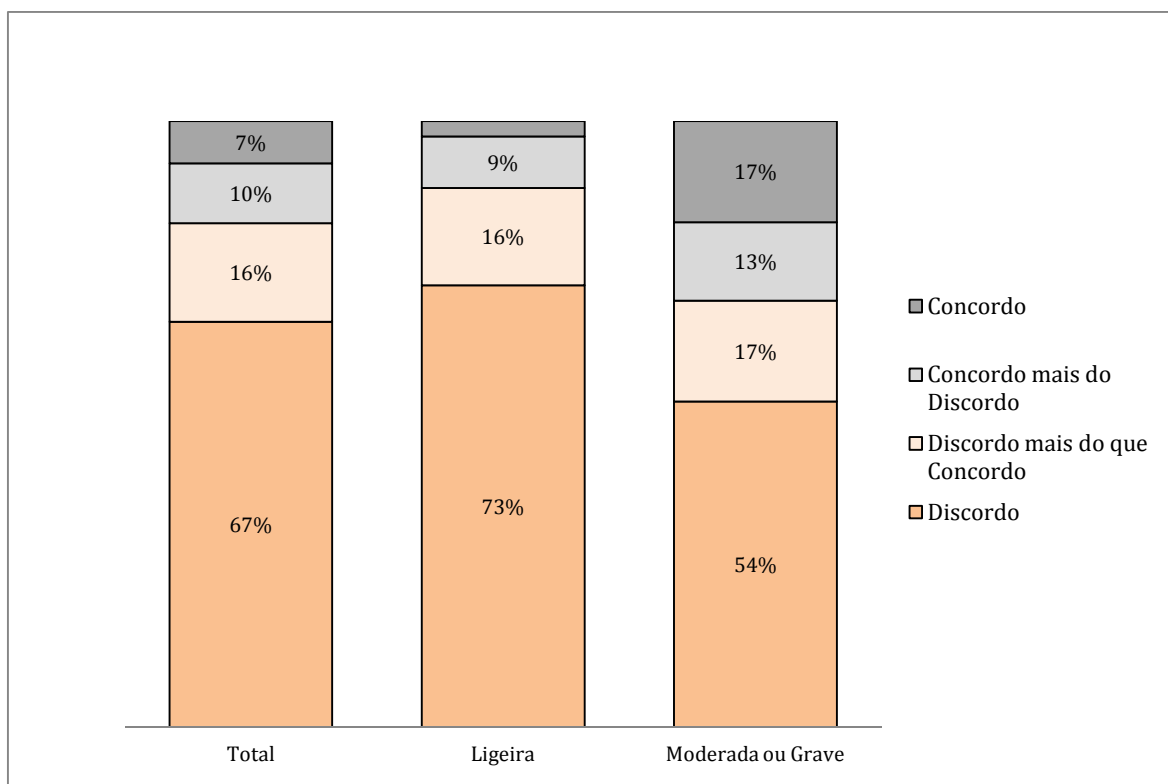
Gráfico ApC.22: Estudo II - ICA - Tento abstrair-me da Acne



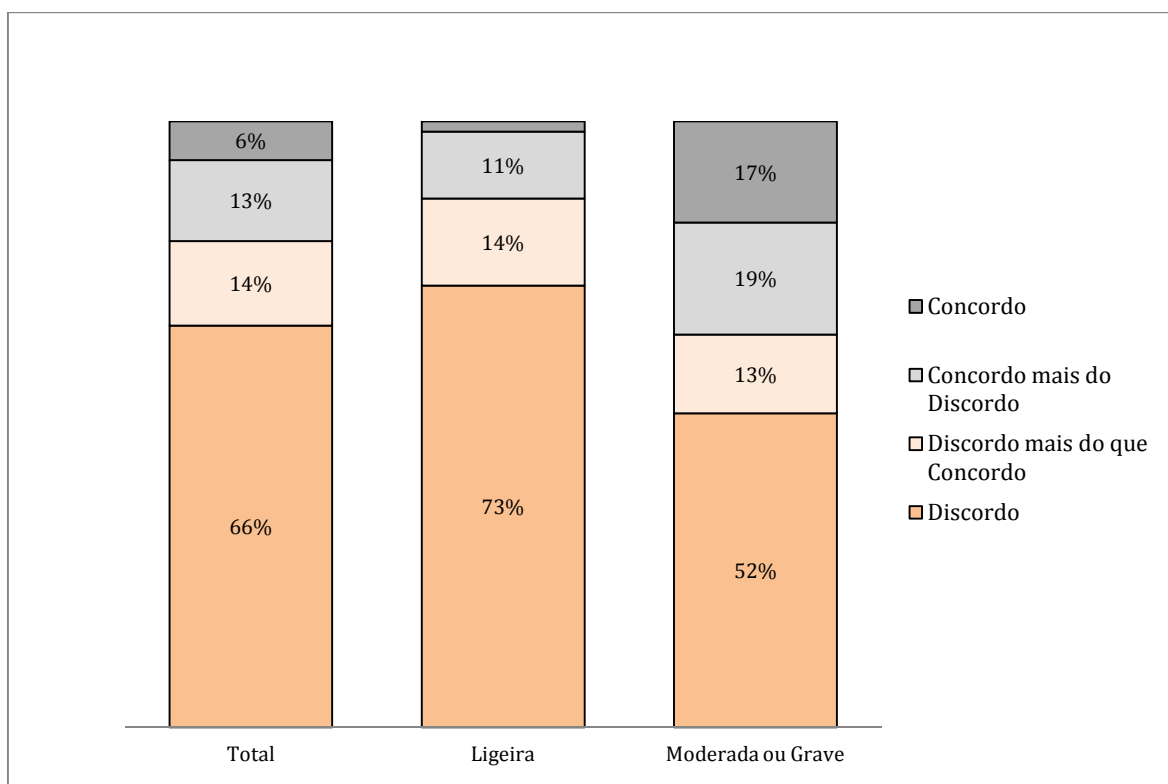
**Gráfico ApC.23: Estudo II - ICA - Tendo centrado-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos**



**Gráfico ApC.24: Estudo II - ICA - Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne**

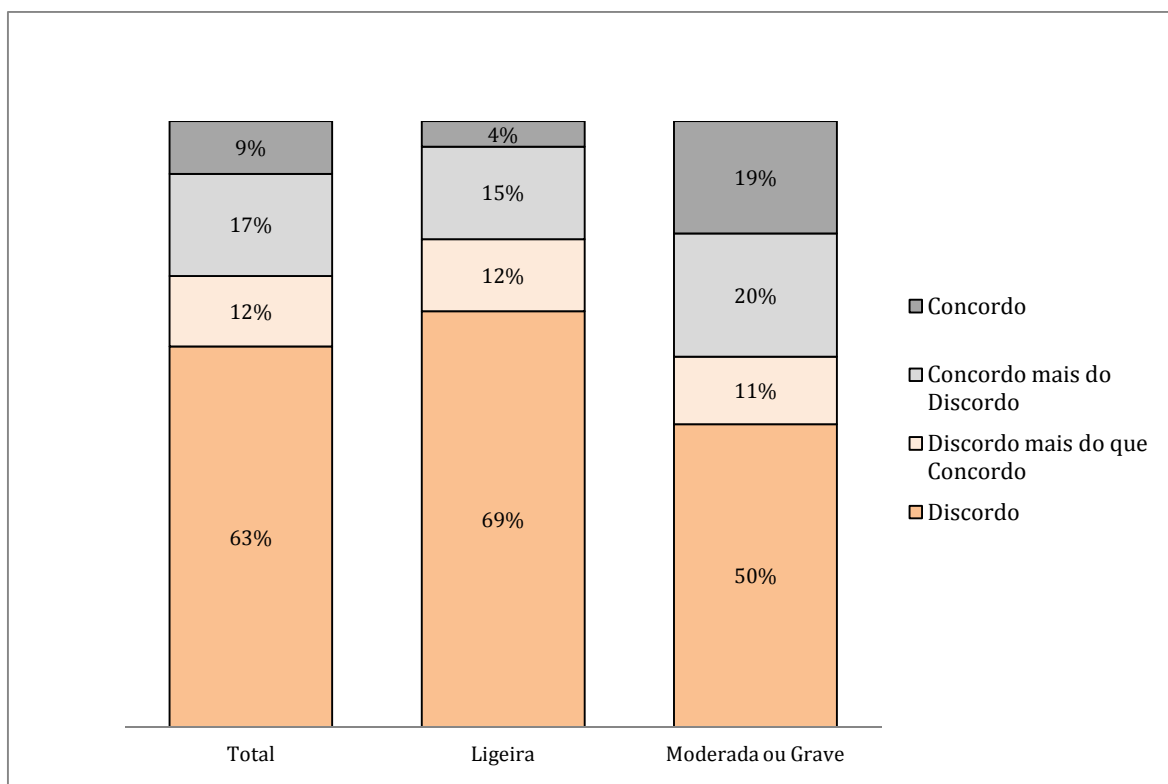


**Gráfico ApC.25: Estudo II - ICA - Evito sair de casa quando estou com Acne**

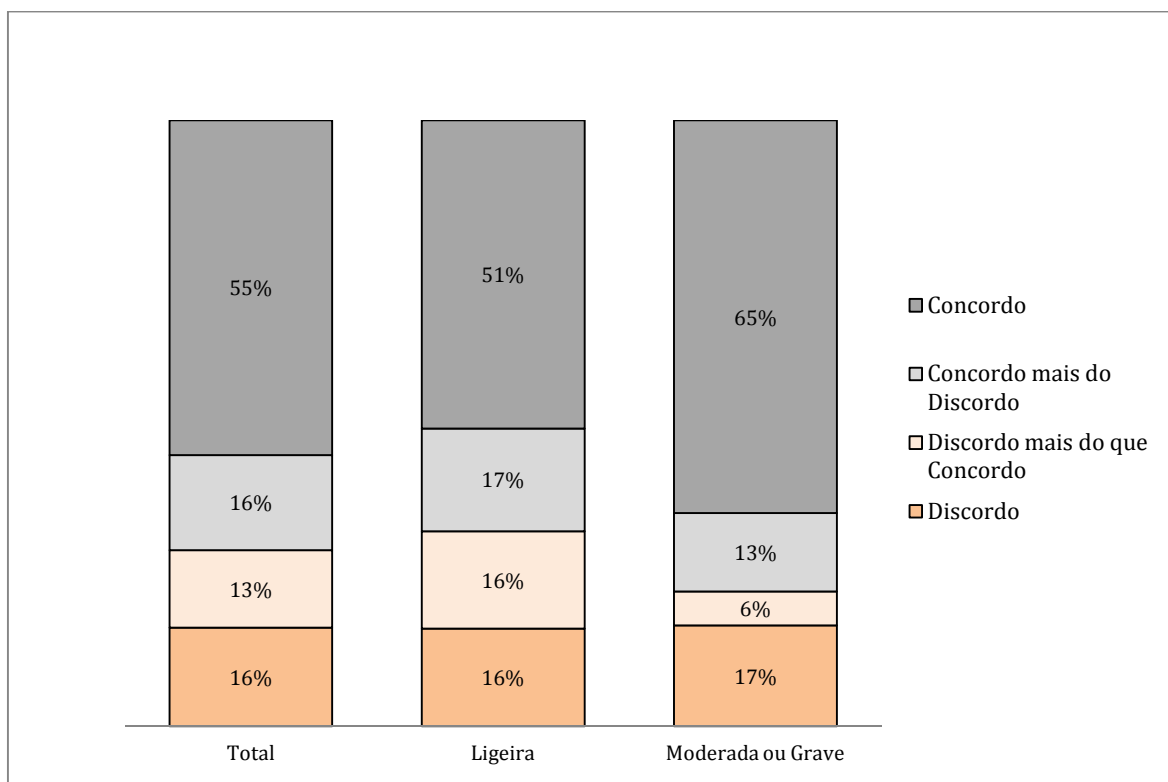


**Gráfico ApC.26: Estudo II - ICA - Evito sair à noite quando estou com Acne**

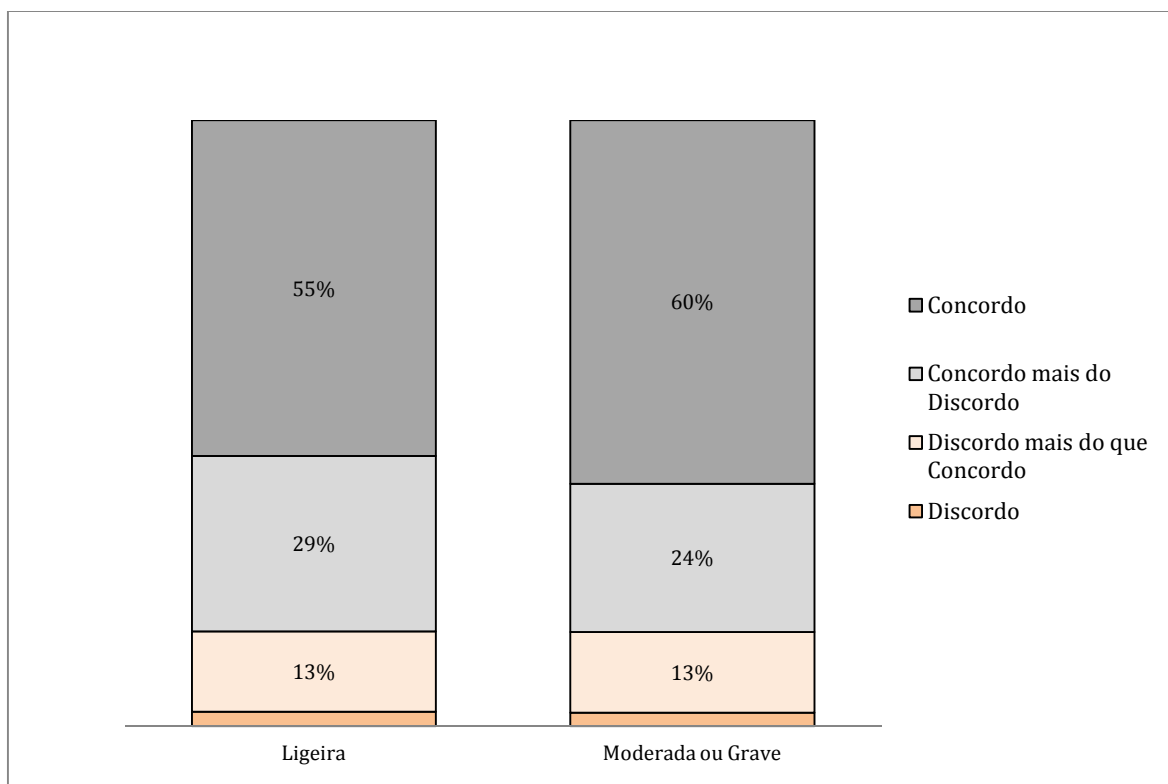




**Gráfico ApC.27: Estudo II - ICA - Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne**



**Gráfico ApC.28: Estudo II - ICA - Procuro ajuda médica para a Acne**



**Gráfico ApC.29: Estudo II - ICA - Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi(foram) indicados para a Acne**

## Apêndice D: Apresentação de resultados do estudo III

### ApD.1 Caracterização da amostra

Tabela ApD.1: Estudo III - Amostra - faixa etária

	Idade	Média etária	Desvio Padrão
Sem Acne	17-48	22,47	4,90
Com Acne	17-49	23,78	6,72
Teve Acne	18-49	24,09	7,27
Total	17-49	23,45	6,42

Tabela ApD.2: Estudo III - Amostra - distribuição etária por subgrupos

	Total		Sem Acne		Teve Acne		Com Acne	
< 20 anos	392	23,53%	150	22,59%	85	20,38%	157	26,84%
20 - 24 anos	897	53,84%	348	52,41%	228	54,68%	321	54,87%
25 - 29 anos	142	8,52%	52	7,83%	37	8,87%	53	9,06%
30 - 34 anos	97	5,82%	44	6,63%	27	6,47%	26	4,44%
> 35 anos	138	8,28%	70	10,54%	40	9,59%	28	4,79%
Total	1.666	100,00%	664	100,00%	417	100,00%	585	100,00%

**Tabela ApD.3: Estudo III - Amostra - grau de escolaridade**

1º ciclo do ensino universitário	896	53,78%
2º ciclo do ensino universitário	232	13,92%
3º ciclo do ensino universitário	96	5,76%
Não especificado e outros	442	26,53%
<b>Total</b>	1.666	100,00%

**Tabela ApD.4: Estudo III - Amostra - grau de escolaridade - áreas de estudo universitário**

Saúde	553	33,19%
Direito, Ciências Sociais e Serviços	318	19,09%
Ciências	202	12,12%
Outros	593	35,59%
<b>Total</b>		100,00%

**Tabela ApD.5: Estudo III - Amostra - grau de escolaridade - cursos**

Medicina	214	12,8%
Enfermagem	128	7,68%
Gestão	83	4,98%
Educação	80	4,80%
Psicologia	77	4,62%
Biologia	66	3,96%
Farmácia	53	3,18%
Dietética e Nutrição	39	2,34%
Medicina Veterinária	34	2,04%
Gestão de Empresas	33	1,98%
<b>Total</b>	807	48,43%

**Tabela ApD.6: Estudo III - Amostra - estado civil**

Solteiro sem parceiro(a)/namorado(a)	676	48,32 %
Solteiro com parceiro(a)/namorado(a)	805	40,58 %
Outros	185	11,10 %
Total	1.666	100,00 %

**Tabela ApD.7: Amostra - agregado familiar**

Ambos os pais	596	35,82 %
Irmão(s) e/ou irmã(s)	433	26,00 %
Mãe	172	10,34 %
Marido(mulher) / Companheiro(a)	156	9,38 %
Sozinho	95	5,76 %
Outros	214	38,70 %
Total	2.131	100,00 %

**Tabela ApD.8: Amostra - rendimento do agregado familiar**

Baixo	580	34,75%
Médio	1.047	62,79%
Alto	39	2,28%
Total	1.666	100,00%

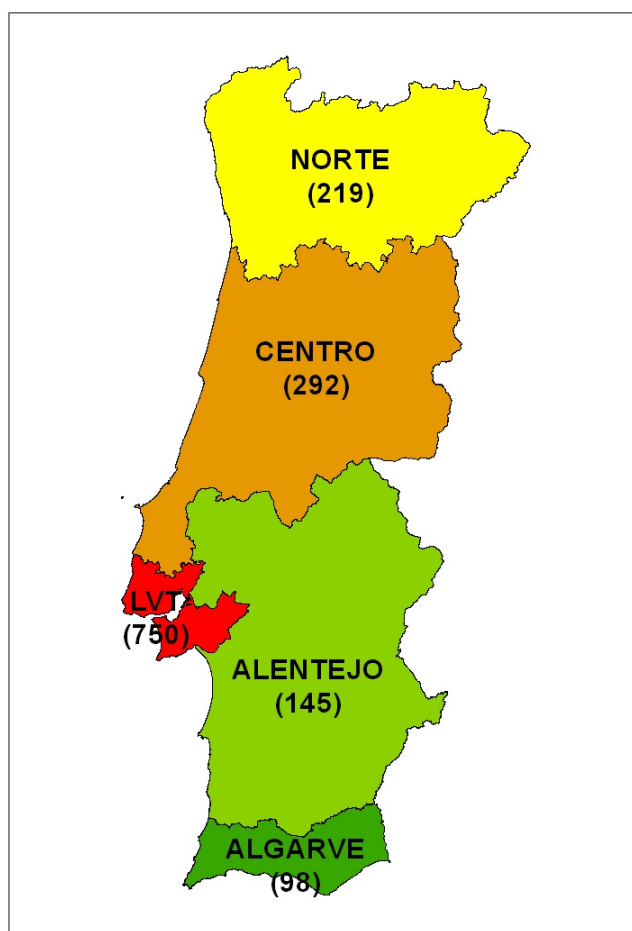


Figura ApD.1: Estudo III - Amostra - distribuição geográfica

## ApD.2 Dados do IQV-D

Tabela ApD.9: Estudo III - Valores parciais de IQV-D por grau de gravidade da Acne

		N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mann-Whitney (p-value)*
IQV-D SS sintomas e sentimentos	Total	585	0	6	1,73	1	1,41	-
	Acne ligeira	351	0	6	1,43	1	1,24	<0,001*
	Acne moderada/grave	234	0	6	2,18	2	1,52	
IQV-D AQ atividades do dia-a-dia	Total	585	0	6	0,39	0	0,90	-
	Acne ligeira	351	0	5	0,22	0	0,62	<0,001*
	Acne moderada/grave	234	0	6	0,65	0	1,15	
IQV-D AL tempos livres	Total	585	0	6	0,32	0	0,77	-
	Acne ligeira	351	0	6	0,21	0	0,62	<0,001*
	Acne moderada/grave	234	0	6	0,49	0	0,94	
IQV-D ATE profissional e escolar	Total	585	0	3	0,38	0	0,59	-
	Acne ligeira	351	0	2	0,32	0	0,54	0,001*
	Acne moderada/grave	234	0	3	0,48	0	0,64	
IQV-D RP relações pessoais	Total	585	0	6	0,28	0	0,69	-
	Acne ligeira	351	0	4	0,17	0	0,54	<0,001*
	Acne moderada/grave	234	0,00	6,00	0,44	0	0,85	
IQV-D T tratamento	Total	585	0,00	3,00	0,27	0	0,54	-
	Acne ligeira	351	0,00	3,00	0,22	0	0,50	0,003*
	Acne moderada/grave	234	0,00	3,00	0,34	0	0,59	

\* Tendo em conta o grupo de indivíduos com Acne, o teste foi calculado em função do grau de gravidade (ligeira/moderada ou grave)

## ApD.3 Dados do ICA

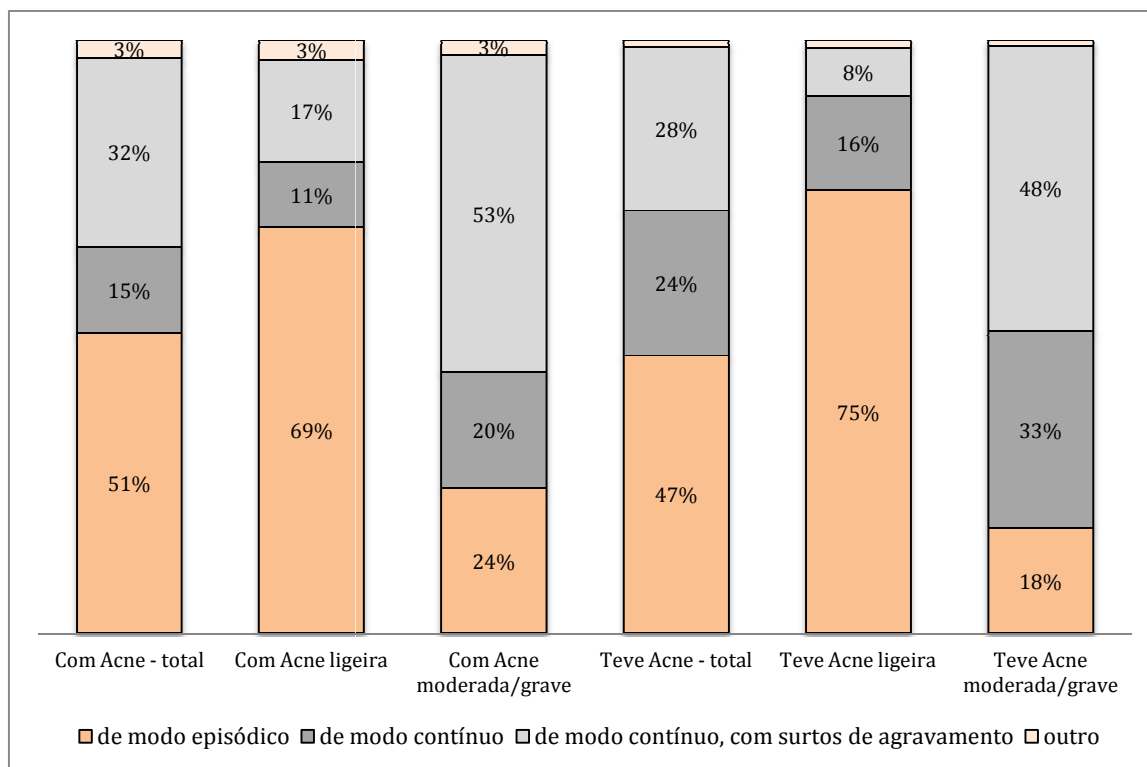


Gráfico ApD.1: Estudo III - Modo de manifestação da Acne

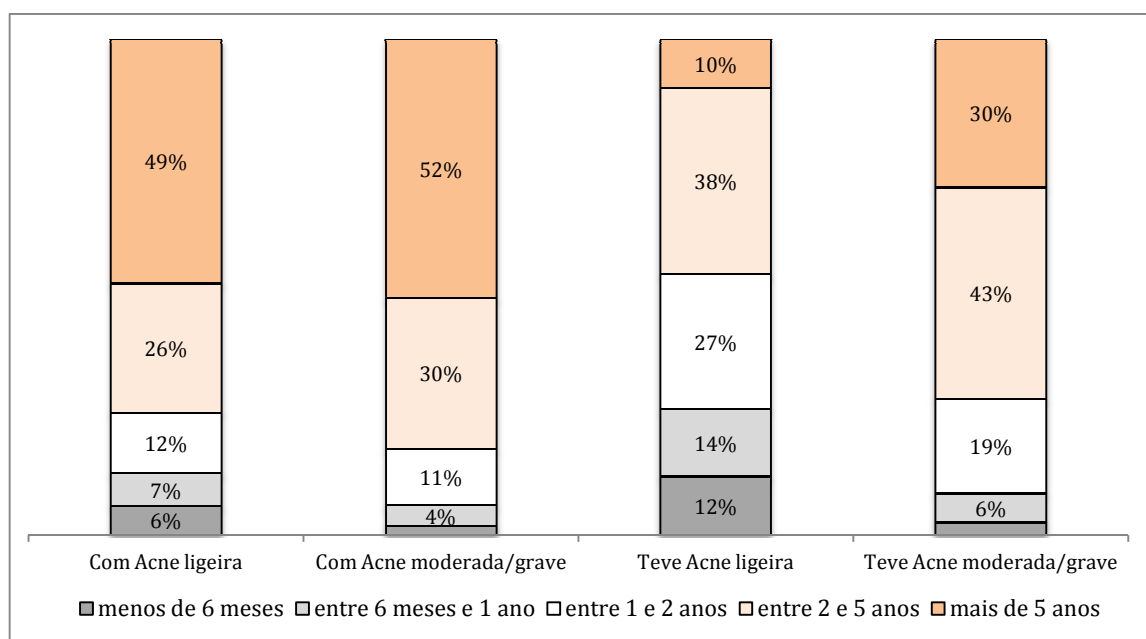
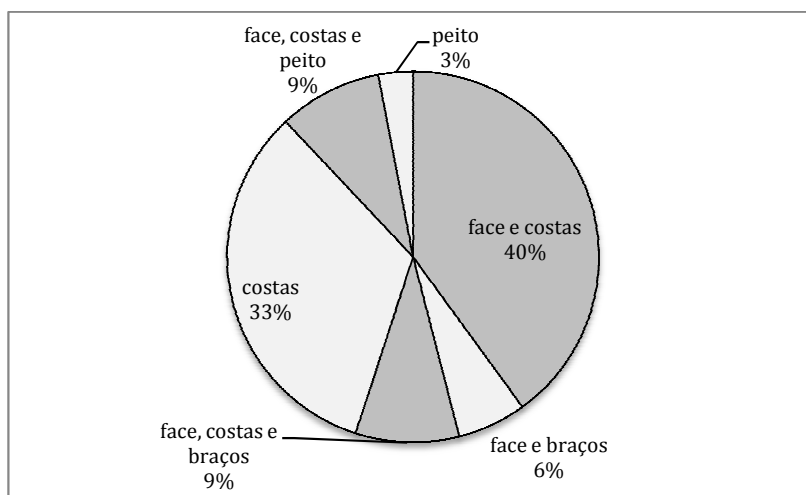


Gráfico ApD.2: Estudo III - Durante quanto tempo teve Acne/ Há quanto tempo tem Acne



**Tabela ApD.10: Estudo III - Marcas ou cicatrizes da Acne**

	Sim		Não	
Grupo com Acne - total	435	74,36%	150	25,64%
Grupo com Acne ligeira	228	64,96%	123	35,04%
Grupo com Acne moderada ou grave	207	88,46%	27	11,54%
Grupo que teve Acne - total	172	41,25%	245	58,75%
Grupo que teve Acne ligeira	71	33,33%	142	66,67%
Grupo que teve Acne moderada ou grave	101	49,51%	103	50,49%

**Gráfico ApD.3: Estudo III - Distribuição das cicatrizes****Tabela ApD.11: Estudo III - Outra doença diagnosticada**

	Sim		Não	
Grupo com Acne - total	94	16,07 %	491	83,93%
Grupo com Acne ligeira	57	16,24%	294	83,76%
Grupo com Acne moderada ou grave	37	15,81%	197	84,19%
Grupo que teve Acne - total	68	16,31%	349	83,69%
Grupo que teve Acne ligeira	28	13,15%	185	86,85%
Grupo que teve Acne moderada ou grave	40	19,61%	164	80,39%

**Tabela ApD.12: Estudo III - Outras patologias associadas à Acne**

Patologias	Casos	
Fundo Alérgico/Atópico	37	22,83%
Perturbações da Tiroide	9	5,55%
Síndrome ovárico policístico	8	4,93%
Eczemas	7	4,32%
Epilepsia	6	3,70%

**Tabela ApD.13: Estudo III - ICA - Crenças sobre a Acne do grupo que teve Acne**

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Há uma predisposição hereditária para a Acne	Total	58	13,91%	121	29,02%	149	35,73%	89	21,34%
	Acne ligeira	27	12,68%	61	28,64%	80	37,56%	45	21,13%
	Acne moderada ou grave	31	15,20%	60	29,41%	69	33,82%	44	21,57%
A Acne deve-se a alterações hormonais	Total	3	0,72%	8	1,92%	74	17,75%	332	79,62%
	Acne ligeira	0	0,00%	5	2,35%	44	20,66%	164	77,00%
	Acne moderada ou grave	3	1,47%	3	1,47%	30	14,71%	168	82,35%
A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele	Total	9	2,16%	45	10,79%	132	31,65%	231	55,40%
	Acne ligeira	5	2,35%	21	9,86%	65	30,52%	122	57,28%
	Acne moderada ou grave	4	1,96%	24	11,76%	67	32,84%	109	53,43%
A Acne deve-se à ingestão de chocolate.	Total	117	28,06%	175	41,97%	98	23,50%	27	6,47%
	Acne ligeira	55	25,82%	96	45,07%	48	22,54%	14	6,57%
	Acne moderada ou grave	62	30,39%	79	38,73%	50	24,51%	13	6,37%
A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	Total	200	47,96%	171	41,01%	37	8,87%	9	2,16%
	Acne ligeira	87	40,85%	93	43,66%	28	13,15%	5	2,35%
	Acne moderada ou grave	113	55,39%	78	38,24%	9	4,41%	4	1,96%

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Espremer borbulhas agrava a Acne.	Total	52	12,47%	77	18,47%	131	31,41%	157	37,65%
	Acne ligeira	27	12,68%	42	19,72%	70	32,86%	74	34,74%
	Acne moderada ou grave	25	12,25%	35	17,16%	61	29,90%	83	40,69%
Apanhar sol melhora a Acne	Total	57	13,67%	82	19,66%	174	41,73%	104	24,94%
	Acne ligeira	25	11,74%	41	19,25%	99	46,48%	48	22,54%
	Acne moderada ou grave	32	15,69%	41	20,10%	75	36,76%	56	27,45%
A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo	Total	33	7,91%	69	16,55%	201	48,20%	114	27,34%
	Acne ligeira	12	5,63%	37	17,37%	103	48,36%	61	28,64%
	Acne moderada ou grave	21	10,29%	32	15,69%	98	48,04%	53	25,98%
A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	Total	26	6,24%	58	13,91%	154	36,93%	179	42,93%
	Acne ligeira	14	6,57%	33	15,49%	75	35,21%	91	42,72%
	Acne moderada ou grave	12	5,88%	25	12,25%	79	38,73%	88	43,14%
A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores	Total	6	1,44%	22	5,28%	139	33,33%	250	59,95%
	Acne ligeira	0	0,00%	10	4,69%	81	38,03%	122	57,28%
	Acne moderada ou grave	6	2,94%	12	5,88%	58	28,43%	128	62,75%
Ter Acne altera o bem-estar	Total	12	2,88%	33	7,91%	116	27,82%	256	61,39%
	Acne ligeira	6	2,82%	16	7,51%	67	31,46%	124	58,22%
	Acne moderada ou grave	6	2,94%	17	8,33%	49	24,02%	132	64,71%
Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	Total	90	21,58%	129	30,94%	103	24,70%	95	22,78%
	Acne ligeira	46	21,60%	67	31,46%	56	26,29%	44	20,66%
	Acne moderada ou grave	44	21,57%	62	30,39%	47	23,04%	51	25,00%
A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	Total	128	30,70%	96	23,02%	126	30,22%	67	16,07%
	Acne ligeira	57	26,76%	53	24,88%	66	30,99%	37	17,37%
	Acne moderada ou grave	71	34,80%	43	21,08%	60	29,41%	30	14,71%
As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade	Total	16	3,84%	47	11,27%	191	45,80%	163	39,09%
	Acne ligeira	9	4,23%	22	10,33%	107	50,23%	75	35,21%
	Acne moderada ou grave	7	3,43%	25	12,25%	84	41,18%	88	43,14%

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género masculino ou feminino	Total	33	7,91%	64	15,35%	142	34,05%	178	42,69%
	Acne ligeira	15	7,04%	35	16,43%	75	35,21%	88	41,31%
	Acne moderada ou grave	18	8,82%	29	14,22%	67	32,84%	90	44,12%
A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	Total	7	1,68%	30	7,19%	121	29,02%	259	62,11%
	Acne ligeira	4	1,88%	12	5,63%	69	32,39%	128	60,09%
	Acne moderada ou grave	3	1,47%	18	8,82%	52	25,49%	131	64,22%

Tabela ApD.14: Estudo III - ICA - Crenças sobre a Acne do grupo com Acne

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Há uma predisposição hereditária para a Acne	Total	96	16,41%	144	24,62%	193	32,99%	152	25,98%
	Acne ligeira	70	19,94%	86	24,50%	115	32,76%	80	22,79%
	Acne moderada ou grave	26	11,11%	58	24,79%	78	33,33%	72	30,77%
A Acne deve-se a alterações hormonais	Total	4	0,68%	9	1,54%	148	25,30%	424	72,48%
	Acne ligeira	2	0,57%	5	1,42%	86	24,50%	258	73,50%
	Acne moderada ou grave	2	0,85%	4	1,71%	62	26,50%	166	70,94%
A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele	Total	13	2,22%	45	7,69%	192	32,82%	335	57,26%
	Acne ligeira	9	2,56%	23	6,55%	119	33,90%	200	56,98%
	Acne moderada ou grave	4	1,71%	22	9,40%	73	31,20%	135	57,69%
A Acne deve-se à ingestão de chocolate.	Total	173	29,57%	199	34,02%	166	28,38%	47	8,03%
	Acne ligeira	100	28,49%	114	32,48%	107	30,48%	30	8,55%
	Acne moderada ou grave	73	31,20%	85	36,32%	59	25,21%	17	7,26%
A Acne deve-se à ingestão de produtos lácteos.	Total	281	48,03%	238	40,68%	53	9,06%	13	2,22%
	Acne ligeira	173	49,29%	143	40,74%	29	8,26%	6	1,71%
	Acne moderada ou grave	108	46,15%	95	40,60%	24	10,26%	7	2,99%

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Espremer borbulhas agrava a Acne.	Total	45	7,69%	112	19,15%	198	33,85%	230	39,32%
	Acne ligeira	34	9,69%	72	20,51%	124	35,33%	121	34,47%
	Acne moderada ou grave	11	4,70%	40	17,09%	74	31,62%	109	46,58%
Apanhar sol melhora a Acne	Total	104	17,78%	122	20,85%	212	36,24%	147	25,13%
	Acne ligeira	53	15,10%	65	18,52%	131	37,32%	102	29,06%
	Acne moderada ou grave	51	21,79%	57	24,36%	81	34,62%	45	19,23%
A Acne deve-se ao stresse, ansiedade e nervosismo	Total	35	5,98%	78	13,33%	232	39,66%	240	41,03%
	Acne ligeira	18	5,13%	40	11,40%	142	40,46%	151	43,02%
	Acne moderada ou grave	17	7,26%	38	16,24%	90	38,46%	89	38,03%
A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais.	Total	23	3,93%	66	11,28%	204	34,87%	292	49,91%
	Acne ligeira	12	3,42%	31	8,83%	134	38,18%	174	49,57%
	Acne moderada ou grave	11	4,70%	35	14,96%	70	29,91%	118	50,43%
A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores	Total	7	1,20%	28	4,79%	143	24,44%	407	69,57%
	Acne ligeira	3	0,85%	16	4,56%	83	23,65%	249	70,94%
	Acne moderada ou grave	4	1,71%	12	5,13%	60	25,64%	158	67,52%
Ter Acne altera o bem-estar	Total	27	4,62%	40	6,84%	158	27,01%	360	61,54%
	Acne ligeira	19	5,41%	24	6,84%	115	32,76%	193	54,99%
	Acne moderada ou grave	8	3,42%	16	6,84%	43	18,38%	167	71,37%
Ter Acne quando se é mais novo prejudica mais o bem-estar do que numa idade mais avançada.	Total	125	21,37%	156	26,67%	171	29,23%	133	22,74%
	Acne ligeira	65	18,52%	97	27,64%	105	29,91%	84	23,93%
	Acne moderada ou grave	60	25,64%	59	25,21%	66	28,21%	49	20,94%
A Acne prejudica mais o bem estar de uma mulher do que de um homem.	Total	161	27,52%	149	25,47%	153	26,15%	122	20,85%
	Acne ligeira	91	25,93%	100	28,49%	86	24,50%	74	21,08%
	Acne moderada ou grave	70	29,91%	49	20,94%	67	28,63%	48	20,51%
As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam com a idade	Total	39	6,67%	63	10,77%	258	44,10%	225	38,46%
	Acne ligeira	20	5,70%	33	9,40%	159	45,30%	139	39,60%
	Acne moderada ou grave	19	8,12%	30	12,82%	99	42,31%	86	36,75%

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género masculino ou feminino	Total	47	8,03%	88	15,04%	220	37,61%	230	39,32%
	Acne ligeira	27	7,69%	50	14,25%	132	37,61%	142	40,46%
	Acne moderada ou grave	20	8,55%	38	16,24%	88	37,61%	88	37,61%
A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado.	Total	6	1,03%	40	6,84%	168	28,72%	371	63,42%
	Acne ligeira	4	1,14%	23	6,55%	103	29,34%	221	62,96%
	Acne moderada ou grave	2	0,85%	17	7,26%	65	27,78%	150	64,10%

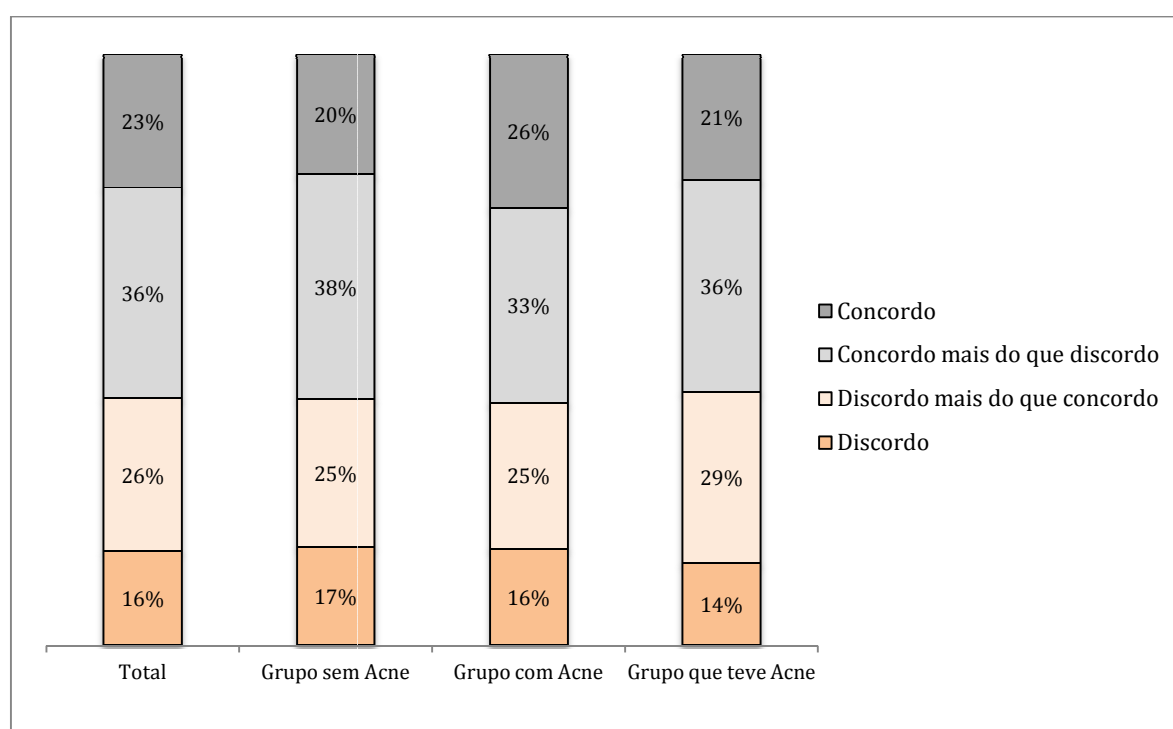


Gráfico ApD.4: Estudo III - ICA - Há uma predisposição hereditária para a Acne

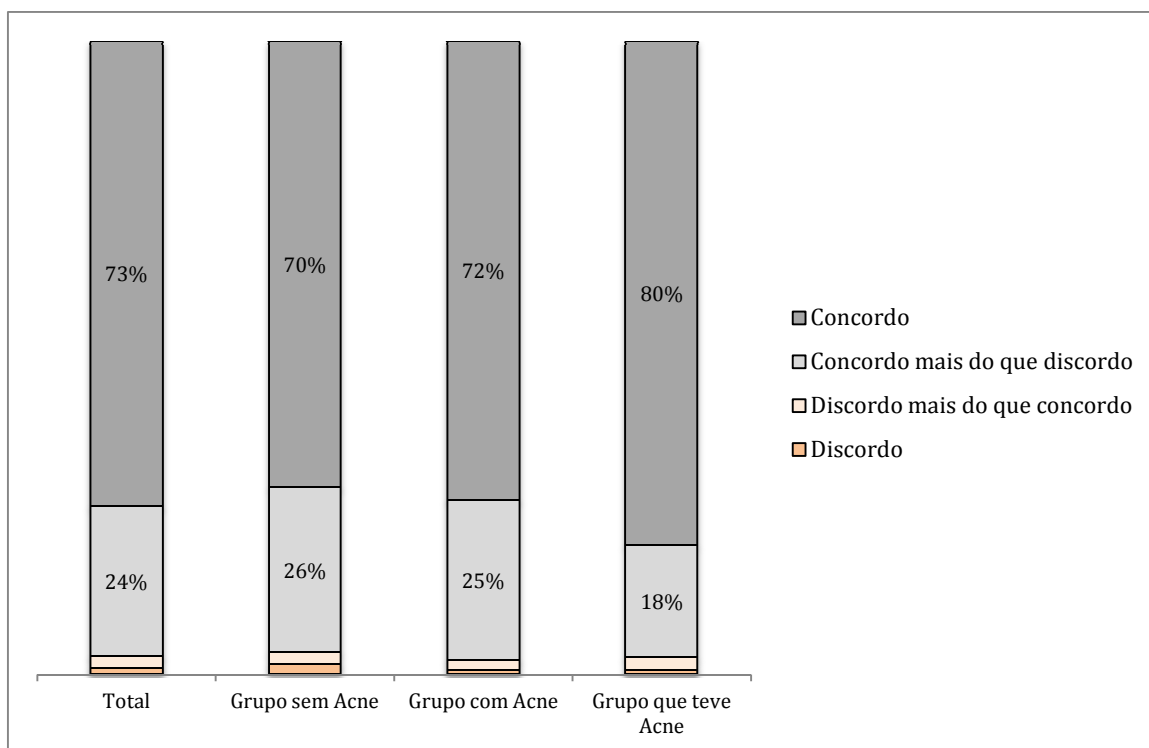


Gráfico ApD.5: Estudo III - ICA - A Acne deve-se a alterações das hormonas

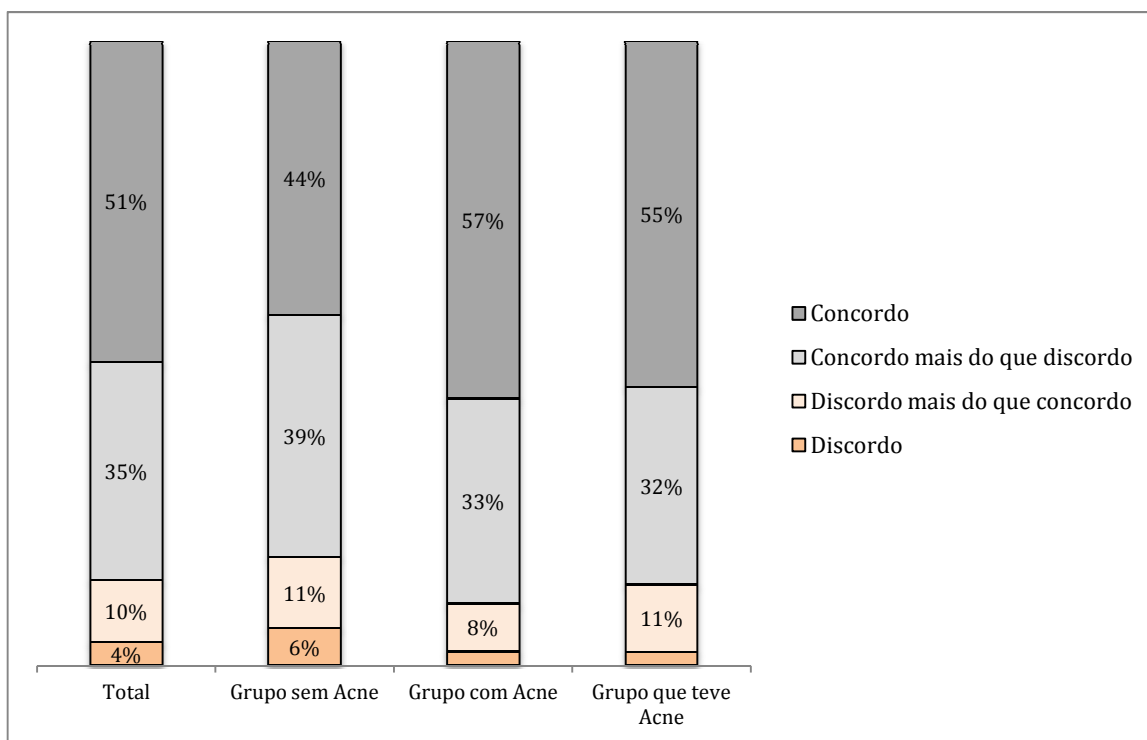


Gráfico ApD.6: Estudo III - ICA - A Acne deve-se ao excesso de oleosidade da pele

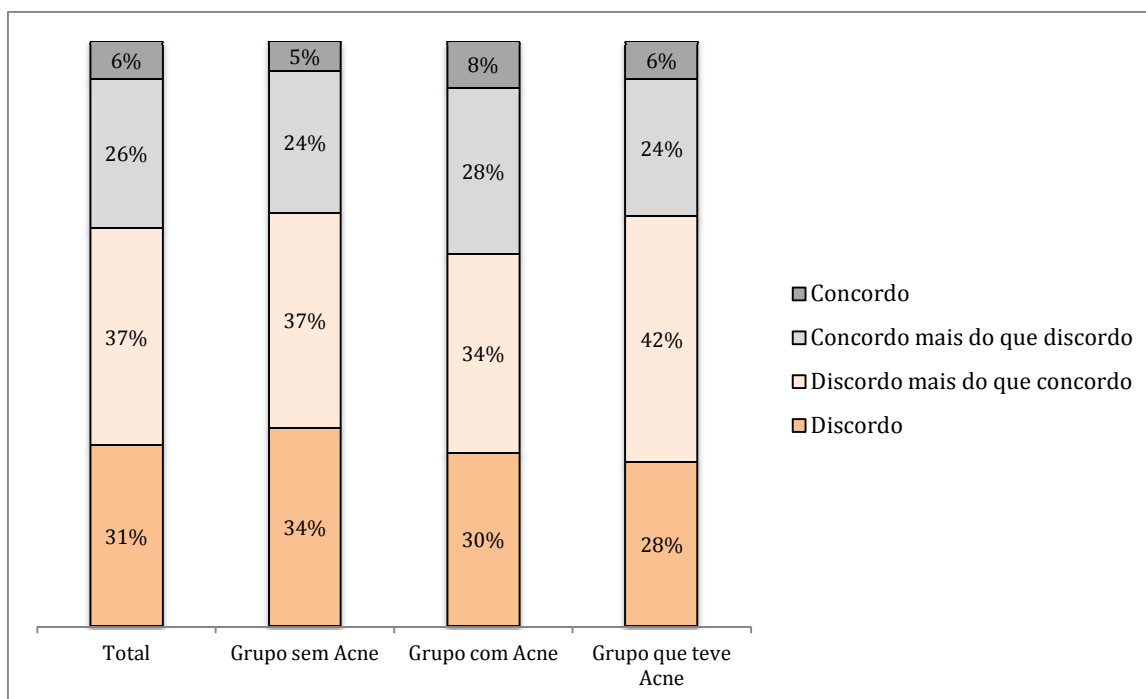


Gráfico ApD.7: Estudo III - ICA - A Acne deve-se a ingestão de chocolate

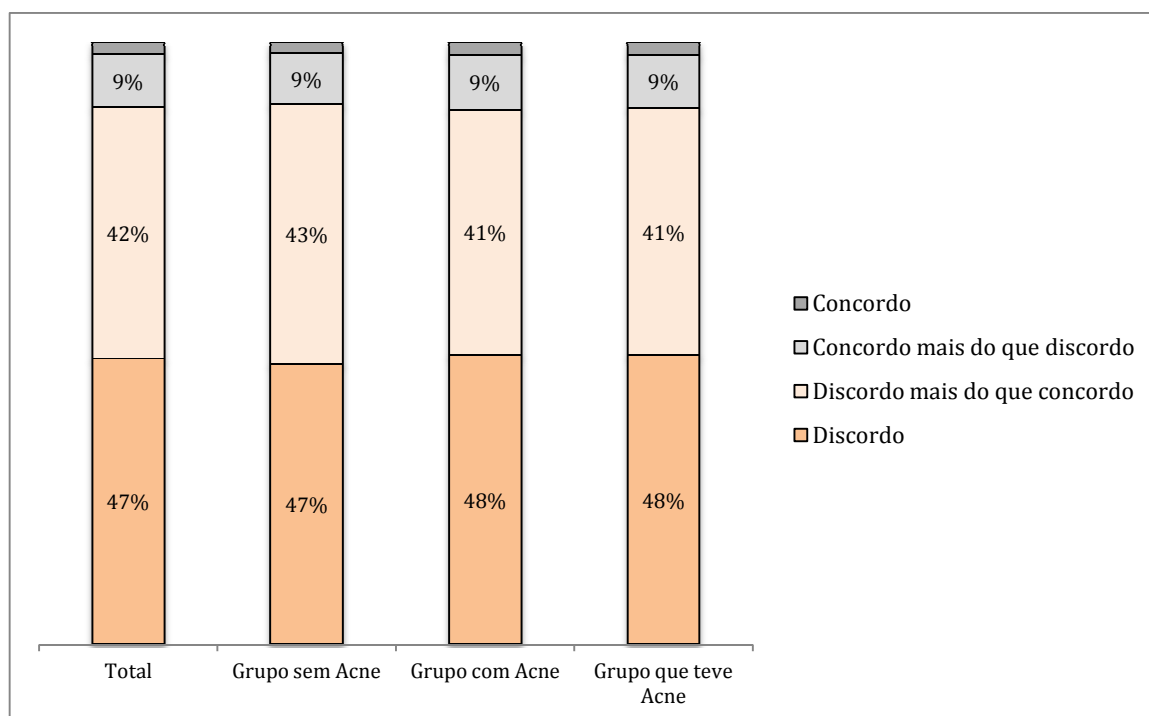
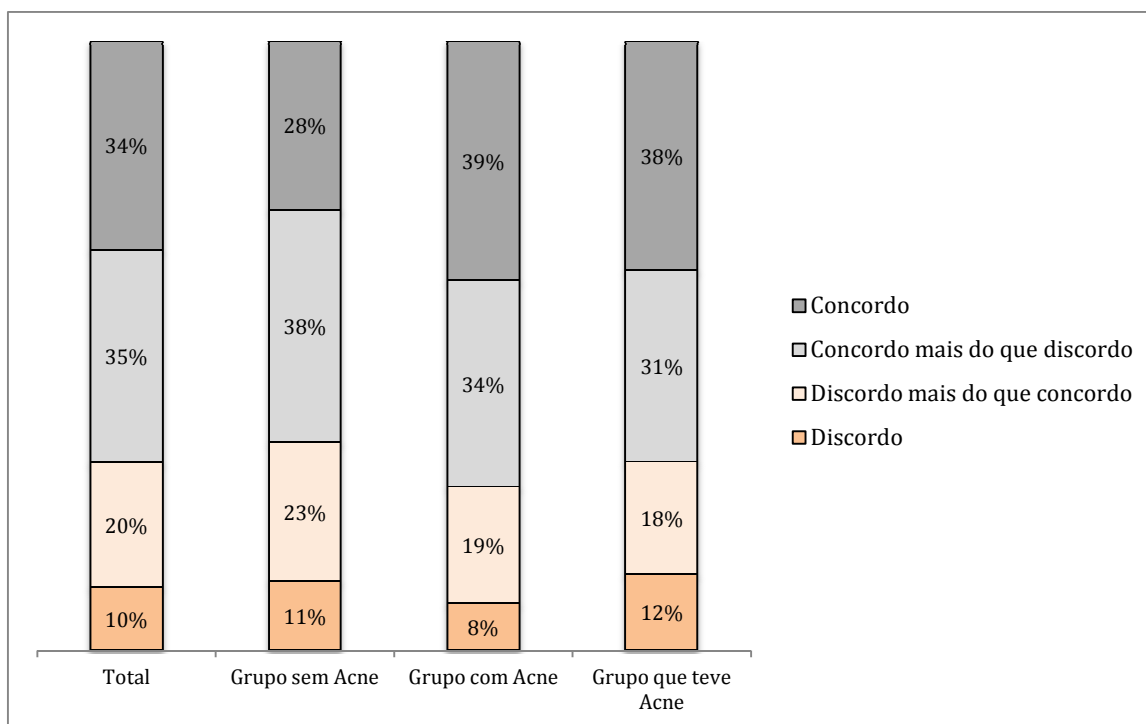
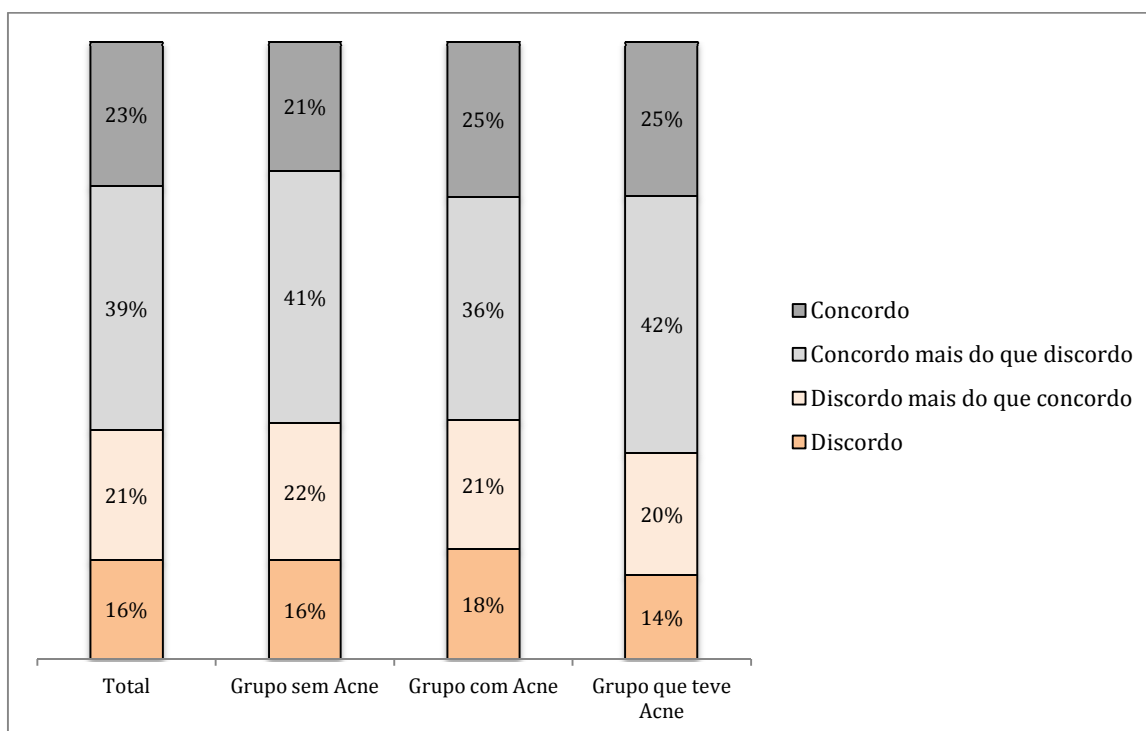


Gráfico ApD.8: Estudo III - ICA - A Acne deve-se a ingestão de produtos lácteos

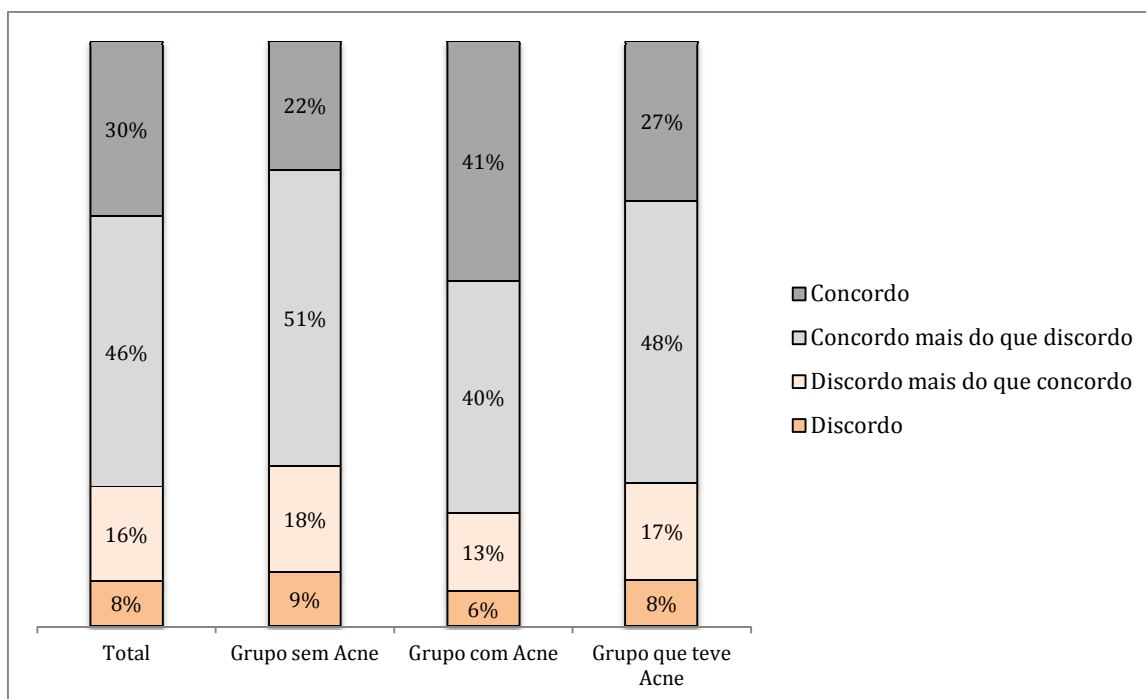




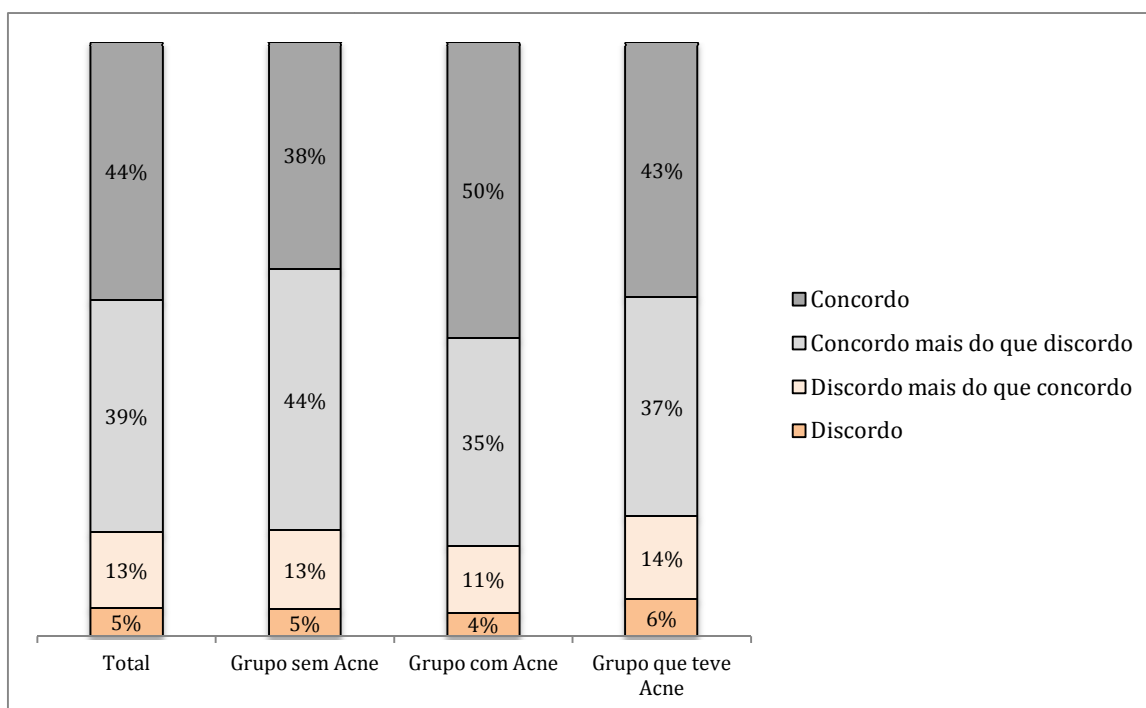
**Gráfico ApD.9: Estudo III - ICA - Espremer as borbulhas agrava a Acne**



**Gráfico ApD.10: Estudo III - ICA - Apanhar sol melhora a Acne**



**Gráfico ApD.11: Estudo III - ICA - A Acne deve-se ao stress, ansiedade e nervosismo**



**Gráfico ApD.12: Estudo III - ICA - A Acne é causada pela combinação de fatores psicológicos com hormonais**

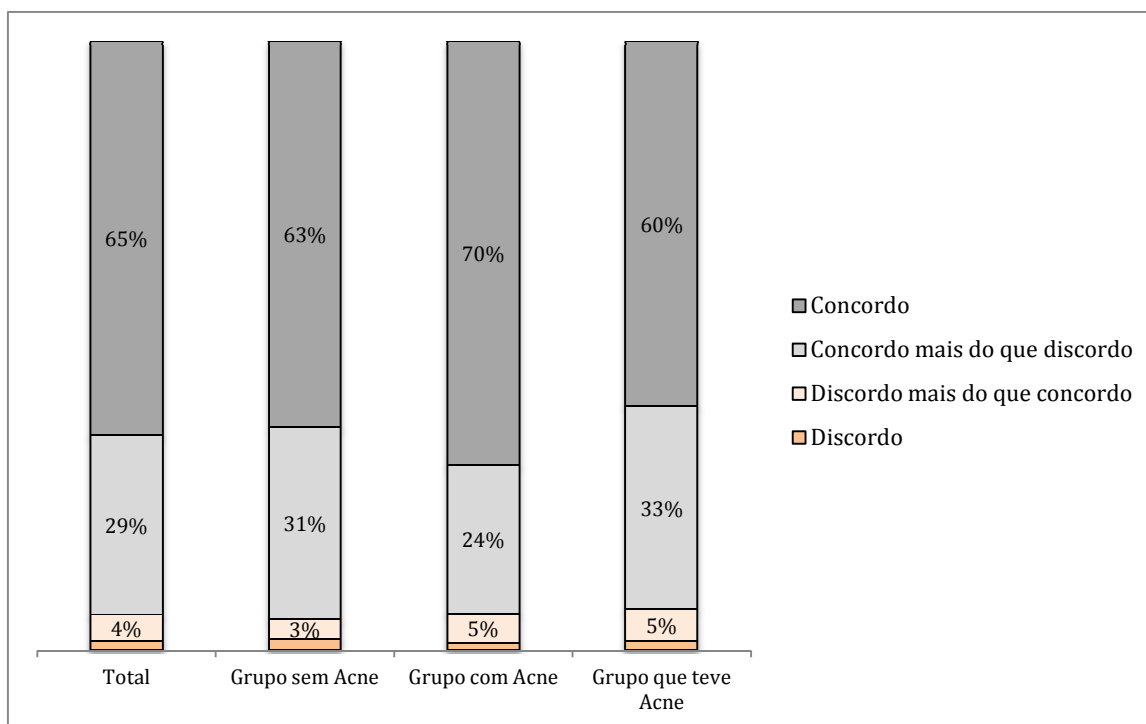


Gráfico ApD.13: Estudo III - ICA - A Acne é originada por um conjunto de muitos fatores

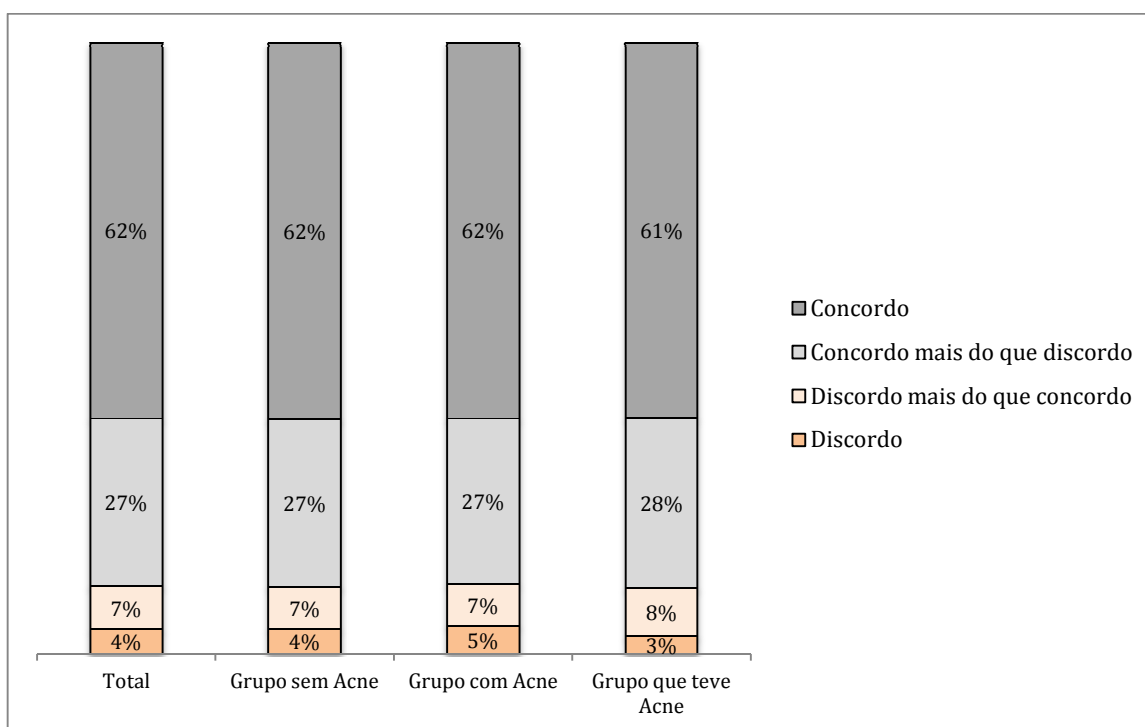


Gráfico ApD.14: Estudo III - ICA - Ter Acne altera o bem-estar

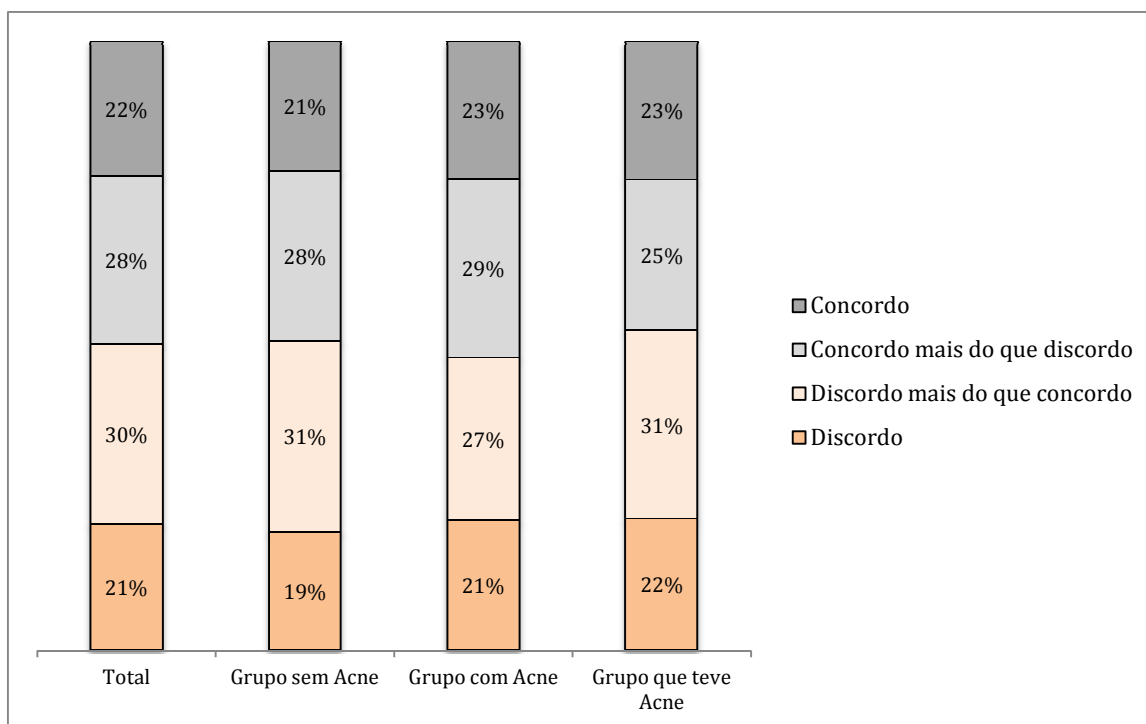


Gráfico ApD.15: Estudo III - ICA - Ter Acne quando se é mais novo, prejudica mais o bem-estar

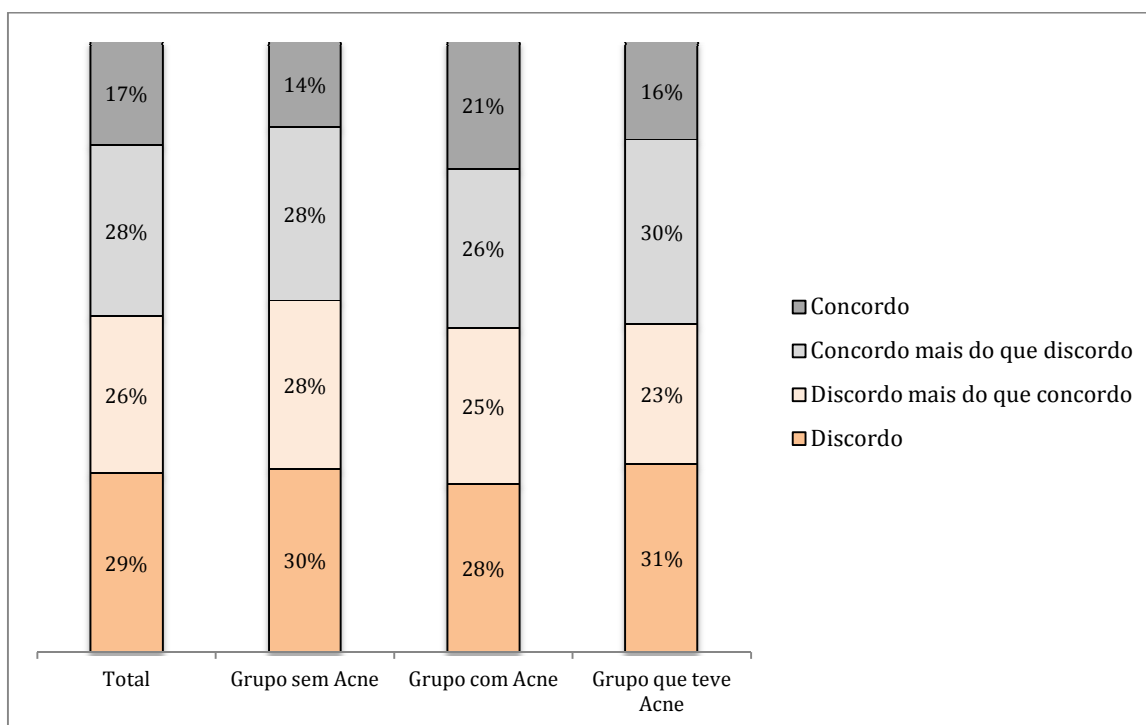
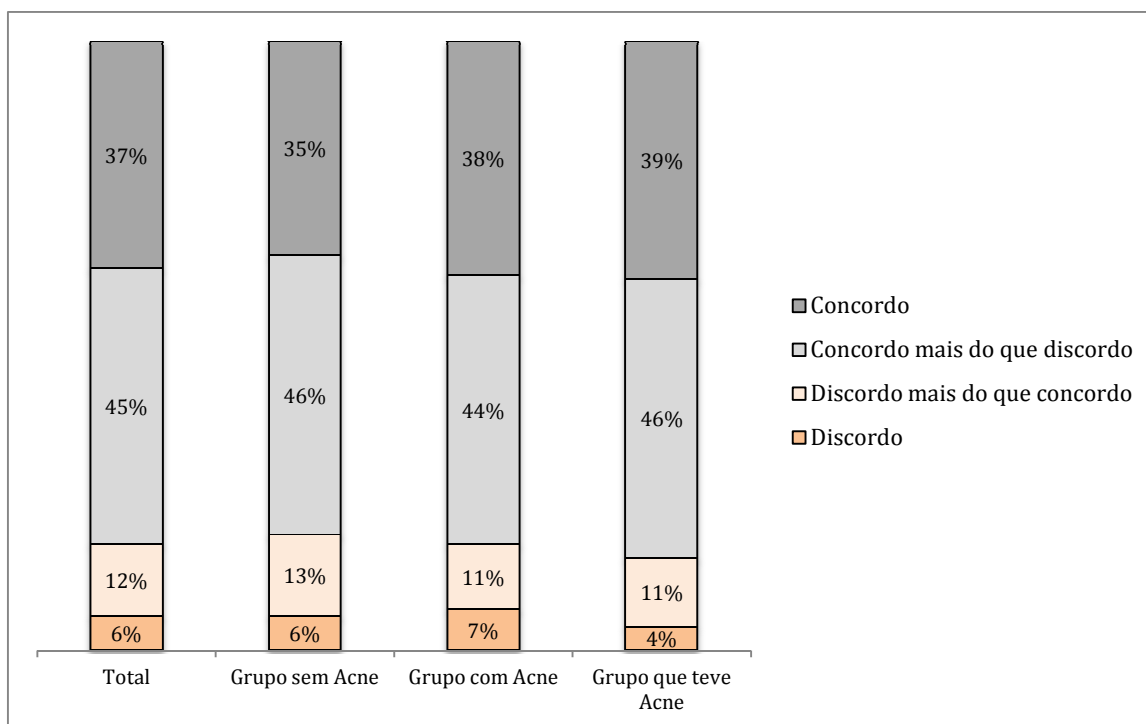
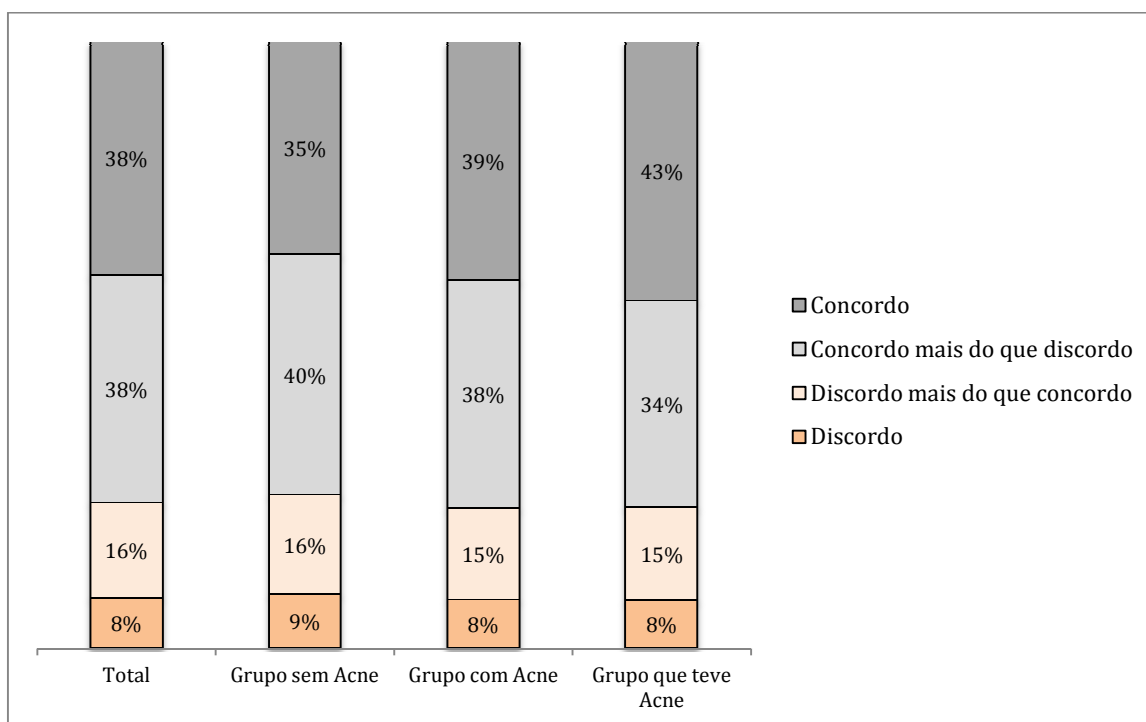


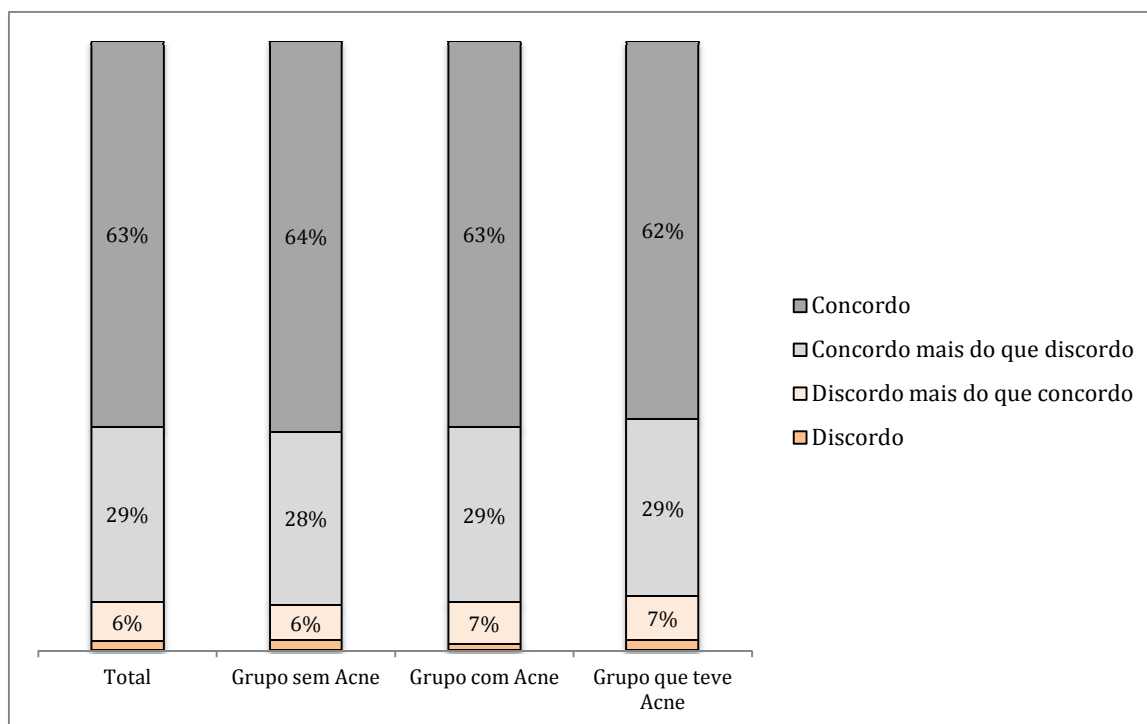
Gráfico ApD.16: Estudo III - ICA - A Acne prejudica mais o bem-estar de uma mulher do que de um homem



**Gráfico ApD.17: Estudo III - ICA - As estratégias para lidar com a Acne mudam com a idade**



**Gráfico ApD.18: Estudo III - ICA - As estratégias utilizadas para lidar com a Acne mudam consoante o género, masculino ou feminino**



**Gráfico ApD.19: Estudo III - ICA - A Acne é vista como um problema de saúde que pode ser tratado ou melhorado**

**Tabela ApD.15: Estudo III, ICA - Comportamentos do grupo que teve Acne**

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível	Total	216	51,80%	91	21,82%	74	17,75%	36	8,63%
	Acne ligeira	127	59,62%	49	23,00%	28	13,15%	9	4,23%
	Acne moderada ou grave	89	43,63%	42	20,59%	46	22,55%	27	13,24%
Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível	Total	211	50,60%	52	12,47%	62	14,87%	92	22,06%
	Acne ligeira	114	53,52%	25	11,74%	38	17,84%	36	16,90%
	Acne moderada ou grave	97	47,55%	27	13,24%	24	11,76%	56	27,45%
Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível	Total	257	61,63%	66	15,83%	45	10,79%	49	11,75%
	Acne ligeira	145	68,08%	38	17,84%	17	7,98%	13	6,10%
	Acne moderada ou grave	112	54,90%	28	13,73%	28	13,73%	36	17,65%
Evito pensar na Acne	Total	70	16,79%	93	22,30	153	36,69	101	24,22
	Acne ligeira	39	18,31%	42	19,72	75	35,21	57	26,76
	Acne moderada ou grave	31	15,20%	51	25,00	78	38,24	44	21,57

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Tento abstrair-me da Acne	Total	59	14,15%	73	17,51%	172	41,25%	113	27,10%
	Acne ligeira	30	14,08%	35	16,43%	86	40,38%	62	29,11%
	Acne moderada ou grave	29	14,22%	38	18,63%	86	42,16%	51	25,00%
Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos	Total	52	12,47%	101	24,22%	149	35,73%	115	27,58%
	Acne ligeira	25	11,74%	41	19,25%	87	40,85%	60	28,17%
	Acne moderada ou grave	27	13,24%	60	29,41%	62	30,39%	55	26,96%
Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne	Total	51	12,23%	100	23,98%	174	41,73%	92	22,06%
	Acne ligeira	26	12,21%	44	20,66%	100	46,95%	43	20,19%
	Acne moderada ou grave	25	12,25%	56	27,45%	74	36,27%	49	24,02%
Evito sair de casa quando estou com Acne	Total	255	61,15%	103	24,70%	44	10,55%	15	3,60%
	Acne ligeira	151	70,89%	45	21,13%	15	7,04%	2	0,94%
	Acne moderada ou grave	104	50,98%	58	28,43%	29	14,22%	13	6,37%
Evito sair à noite quando estou com Acne	Total	253	60,67%	94	22,54%	50	11,99%	20	4,80%
	Acne ligeira	149	69,95%	39	18,31%	22	10,33%	3	1,41%
	Acne moderada ou grave	104	50,98%	55	26,96%	28	13,73%	17	8,33%
Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne	Total	238	57,07%	88	21,10%	64	15,35%	27	6,47%
	Acne ligeira	143	67,14%	42	19,72%	22	10,33%	6	2,82%
	Acne moderada ou grave	95	46,57%	46	22,55%	42	20,59%	21	10,29%
Procuro ajuda médica para a Acne	Total	151	36,21%	37	8,87%	54	12,95%	175	41,97%
	Acne ligeira	109	51,17%	22	10,33%	30	14,08%	52	24,41%
	Acne moderada ou grave	42	20,59%	15	7,35%	24	11,76%	123	60,29%
Uso barba para tapar a Acne o mais possível (apenas para respondentes do sexo masculino)	Total	140	33,57%	13	3,12%	7	1,68%	15	3,60%
	Acne ligeira	77	36,15%	7	3,29%	6	2,82%	7	3,29%
	Acne moderada ou grave	63	30,88%	6	2,94%	1	0,49%	8	3,92%

Tabela ApD.16: Estudo III - ICA - Comportamentos do grupo com Acne

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível	Total	263	44,96%	121	20,68%	124	21,20%	77	13,16%
	Acne ligeira	177	50,43%	75	21,37%	64	18,23%	35	9,97%
	Acne moderada ou grave	86	36,75%	46	19,66%	60	25,64%	42	17,95%
Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível	Total	210	35,90%	92	15,73%	113	19,32%	170	29,06%
	Acne ligeira	125	35,61%	67	19,09%	67	19,09%	92	26,21%
	Acne moderada ou grave	85	36,32%	25	10,68%	46	19,66%	78	33,33%
Uso franja e/ou um corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível	Total	350	59,83%	87	14,87%	90	15,38%	58	9,91%
	Acne ligeira	223	63,53%	56	15,95%	44	12,54%	28	7,98%
	Acne moderada ou grave	127	54,27%	31	13,25%	46	19,66%	30	12,82%
Evito pensar na Acne	Total	66	11,28%	104	17,78%	231	39,49%	184	31,45%
	Acne ligeira	37	10,54%	58	16,52%	141	40,17%	115	32,76%
	Acne moderada ou grave	29	12,39%	46	19,66%	90	38,46%	69	29,49%
Tento abstrair-me da Acne	Total	49	8,38%	103	17,61%	232	39,66%	201	34,36%
	Acne ligeira	30	8,55%	54	15,38%	145	41,31%	122	34,76%
	Acne moderada ou grave	19	8,12%	49	20,94%	87	37,18%	79	33,76%
Tento centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos	Total	45	7,69%	82	14,02%	246	42,05%	212	36,24%
	Acne ligeira	19	5,41%	41	11,68%	155	44,16%	136	38,75%
	Acne moderada ou grave	26	11,11%	41	17,52%	91	38,89%	76	32,48%
Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne	Total	65	11,11%	104	17,78%	265	45,30%	151	25,81%
	Acne ligeira	36	10,26%	53	15,10%	161	45,87%	101	28,77%
	Acne moderada ou grave	29	12,39%	51	21,79%	104	44,44%	50	21,37%
Evito sair de casa quando estou com Acne	Total	394	67,35%	92	15,73%	70	11,97%	29	4,96%
	Acne ligeira	263	74,93%	50	14,25%	25	7,12%	13	3,70%
	Acne moderada ou grave	131	55,98%	42	17,95%	45	19,23%	16	6,84%
Evito sair à noite quando estou com Acne	Total	401	68,55%	85	14,53%	69	11,79%	30	5,13%
	Acne ligeira	265	75,50%	45	12,82%	30	8,55%	11	3,13%
	Acne moderada ou grave	136	58,12%	40	17,09%	39	16,67%	19	8,12%



		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne	Total	365	62,39%	86	14,70%	94	16,07%	40	6,84%
	Acne ligeira	247	70,37%	51	14,53%	38	10,83%	15	4,27%
	Acne moderada ou grave	118	50,43%	35	14,96%	56	23,93%	25	10,68%
Procuro ajuda médica para a Acne	Total	131	22,39%	95	16,24%	122	20,85%	237	40,51%
	Acne ligeira	96	27,35%	71	20,23%	69	19,66%	115	32,76%
	Acne moderada ou grave	35	14,96%	24	10,26%	53	22,65%	122	52,14%
Uso barba para tapar a Acne o mais possível (apenas para respondentes do sexo masculino)	Total	129	22,05%	35	5,98%	21	3,59%	15	2,56%
	Acne ligeira	78	22,22%	26	7,41%	10	2,85%	6	1,71%
	Acne moderada ou grave	51	21,79%	9	3,85%	11	4,70%	9	3,85%

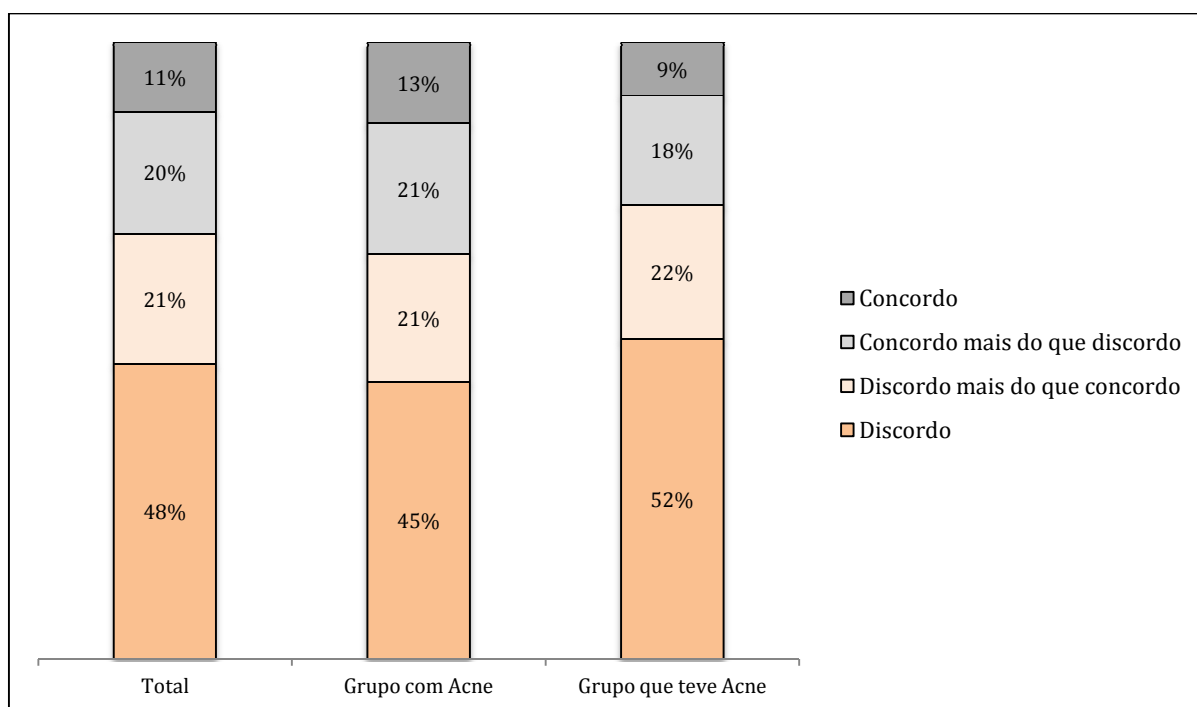


Gráfico ApD.20: Estudo III - ICA - Visto-me de modo a tapar a Acne o mais possível

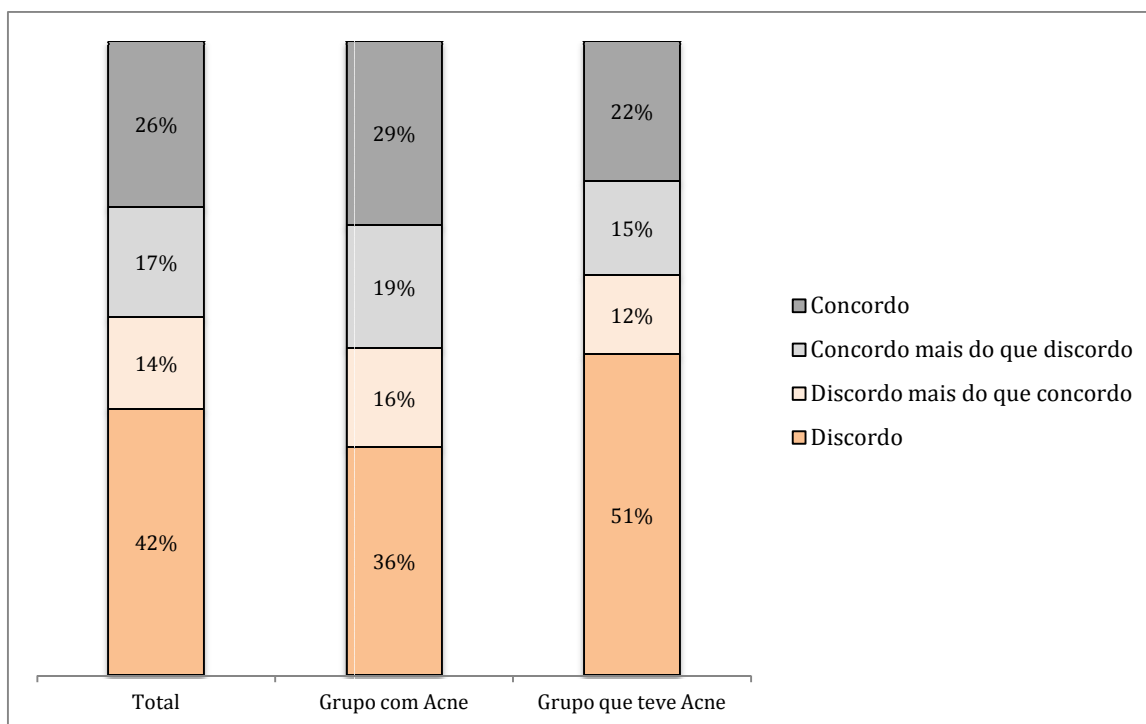


Gráfico ApD.21: Estudo III - ICA - Uso maquilhagem de modo a esconder a Acne o mais possível

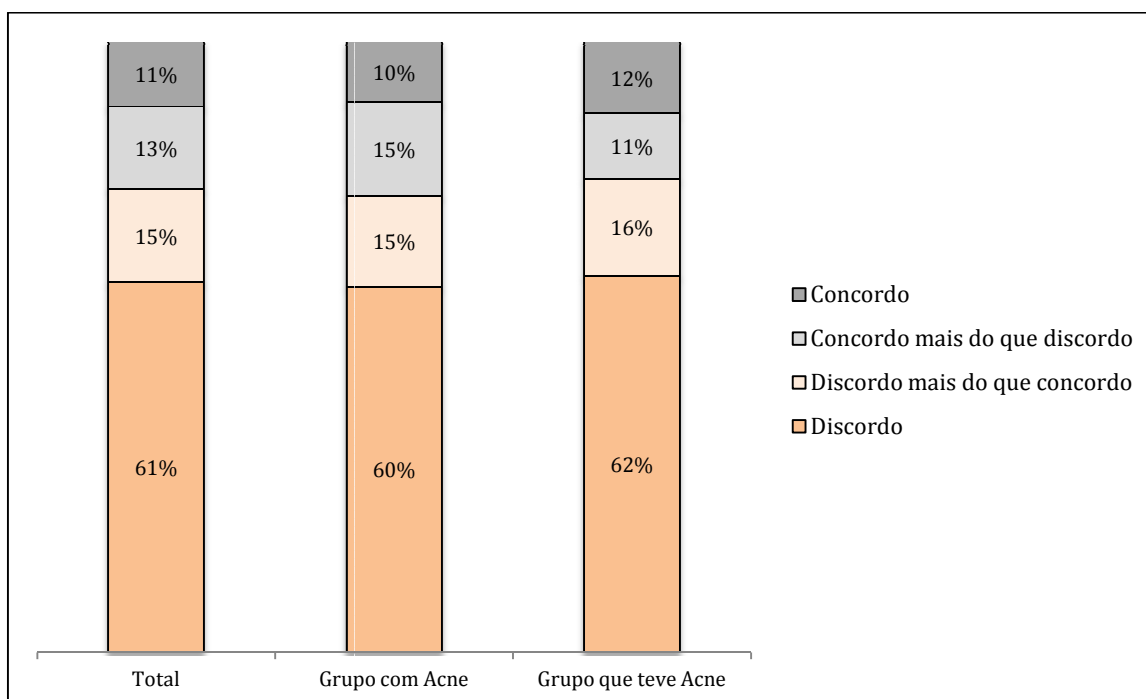


Gráfico ApD.22: Estudo III - ICA - Uso franja e/ou corte de cabelo que esconda a Acne o mais possível

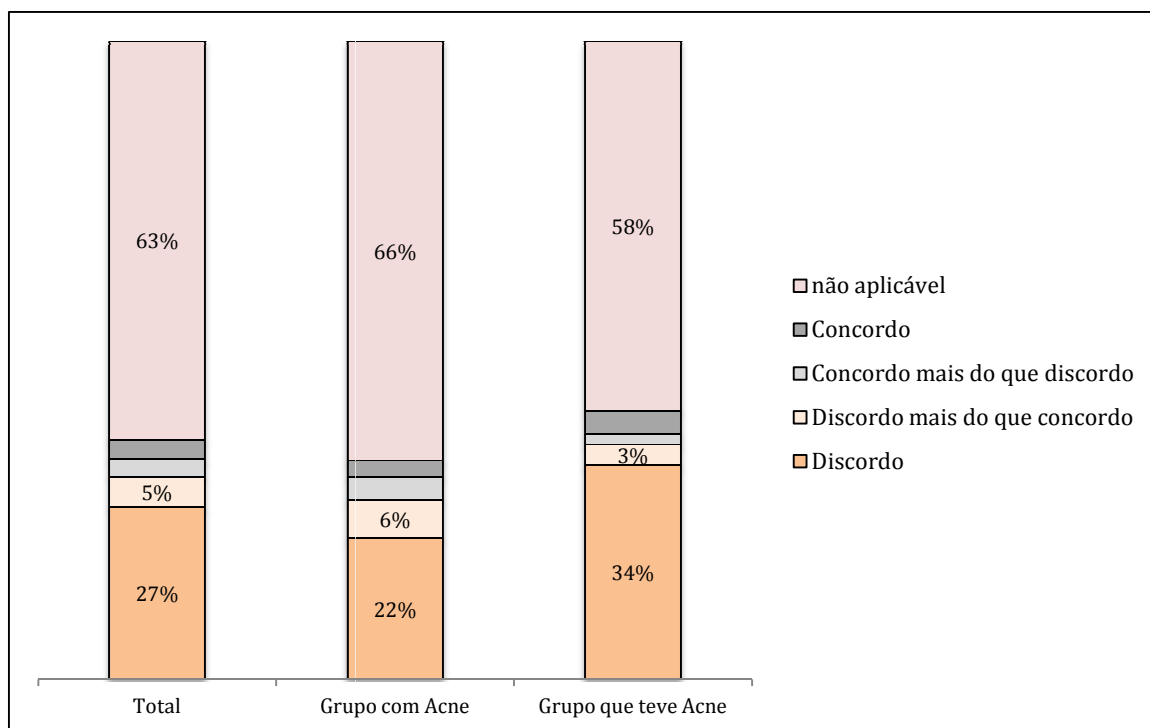


Gráfico ApD.23: Estudo III - ICA - Uso barba para tapar a Acne o mais possível

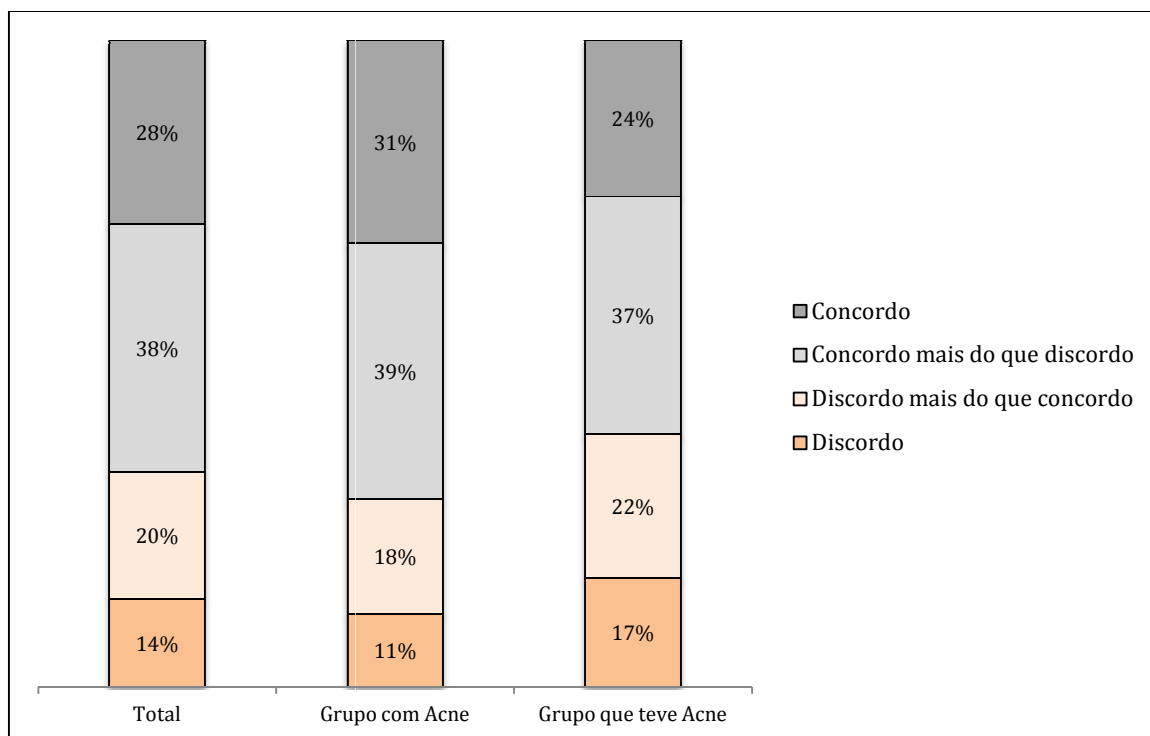


Gráfico ApD.24: Estudo III - ICA - Evito pensar na Acne

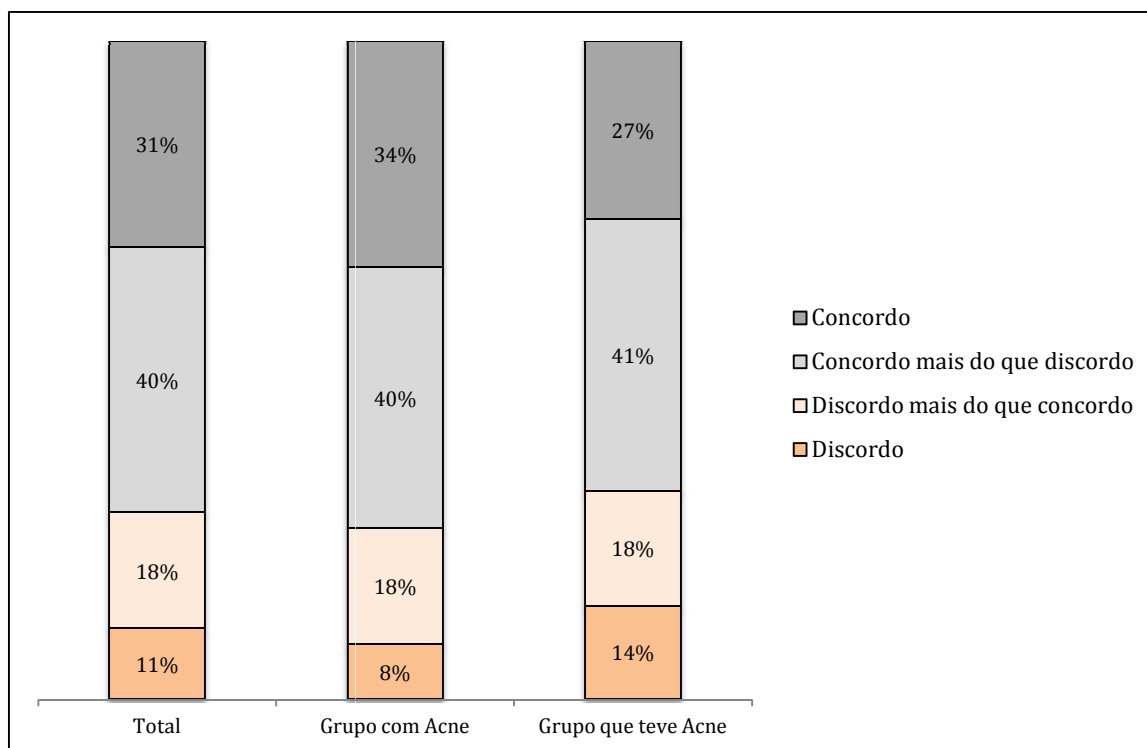


Gráfico ApD.25: Estudo III - ICA - Tendo abstrair-me da Acne

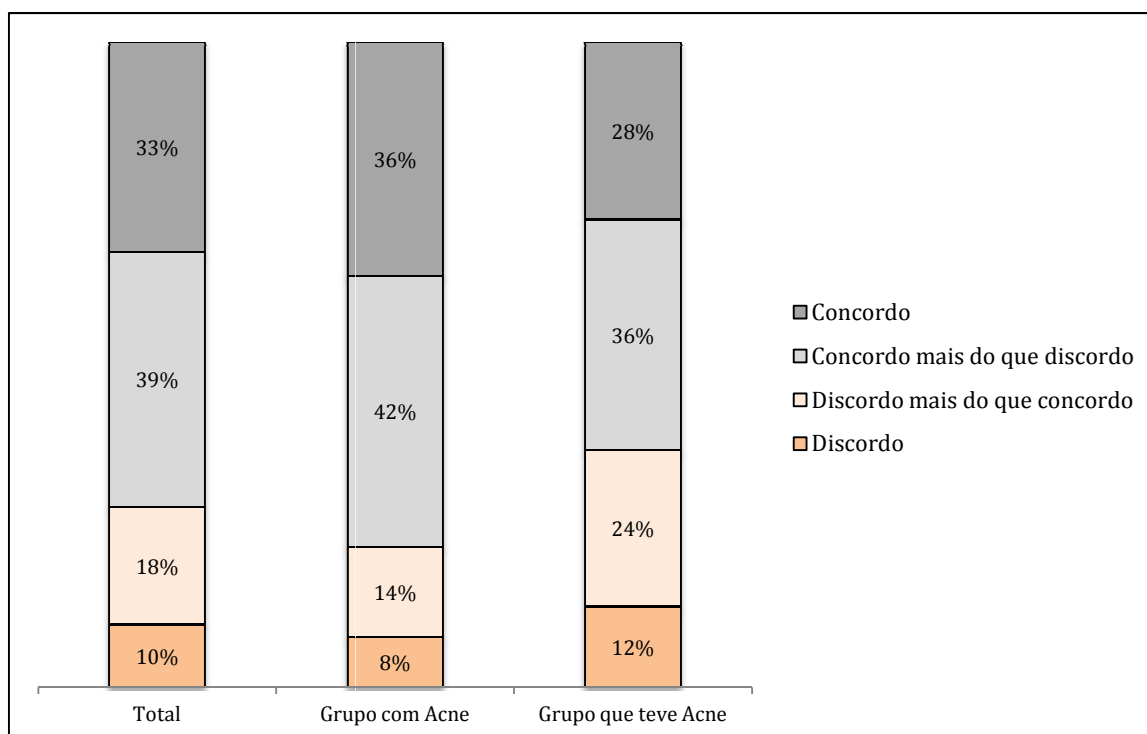
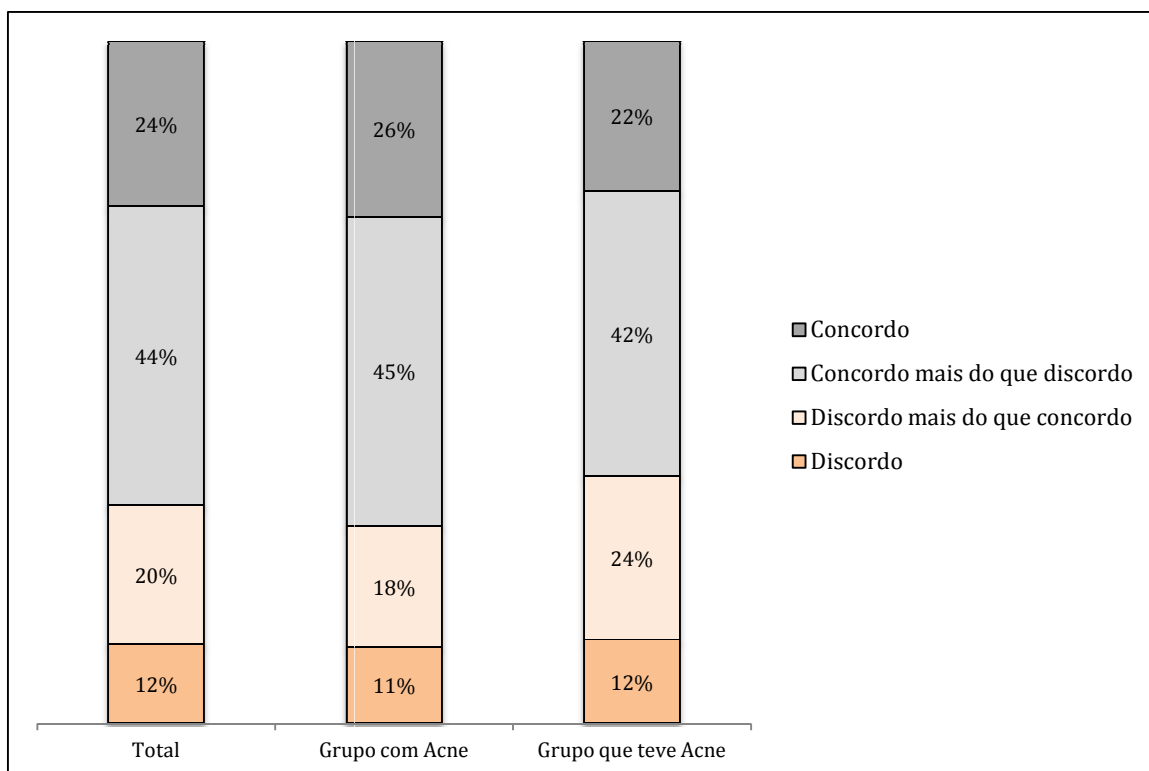
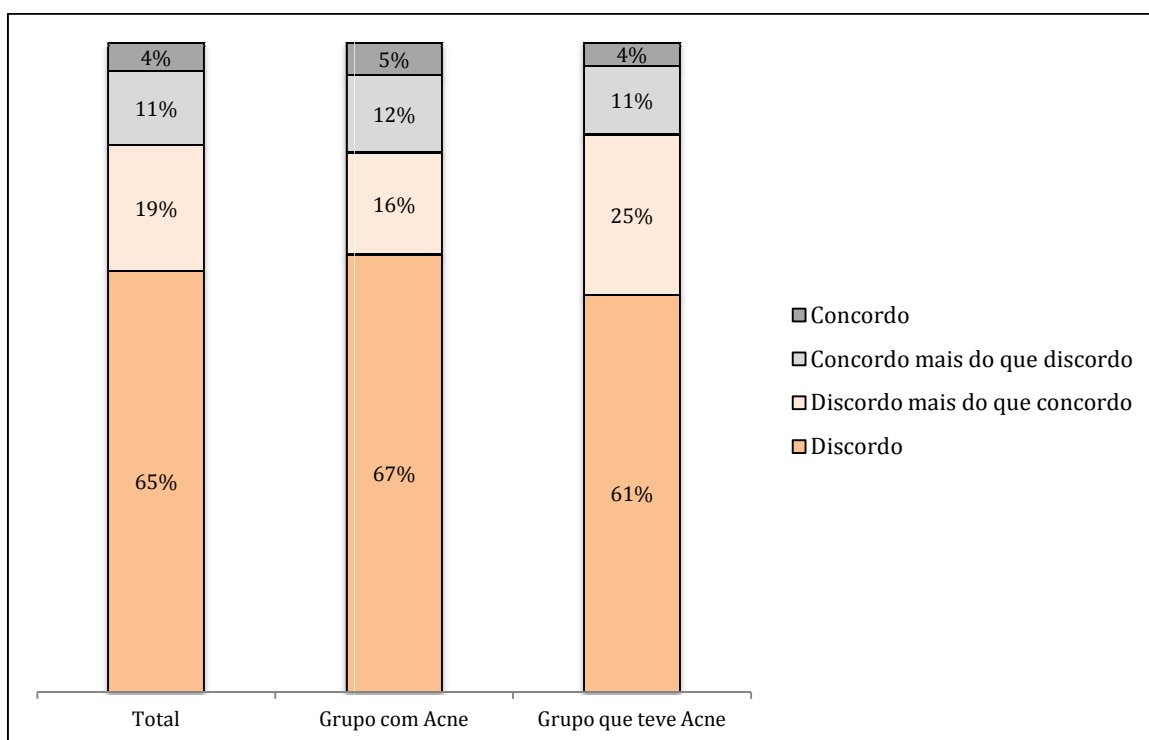


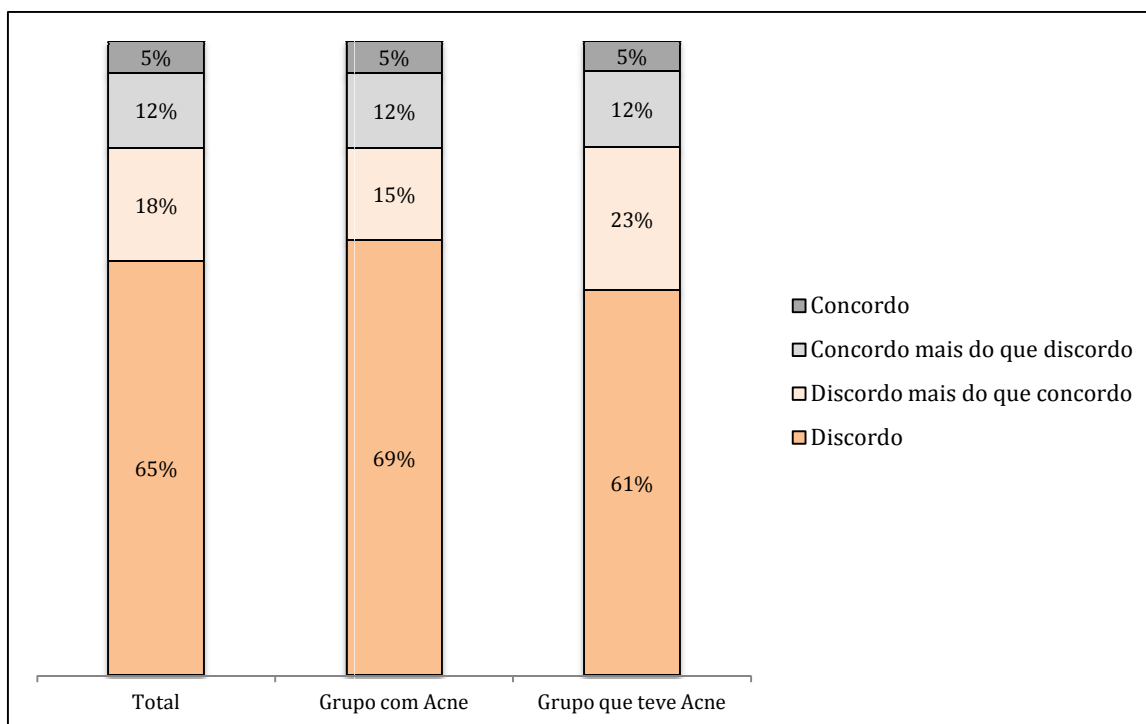
Gráfico ApD.26: Estudo III - ICA - Tendo centrar-me mais nas minhas qualidades, em detrimento dos meus defeitos



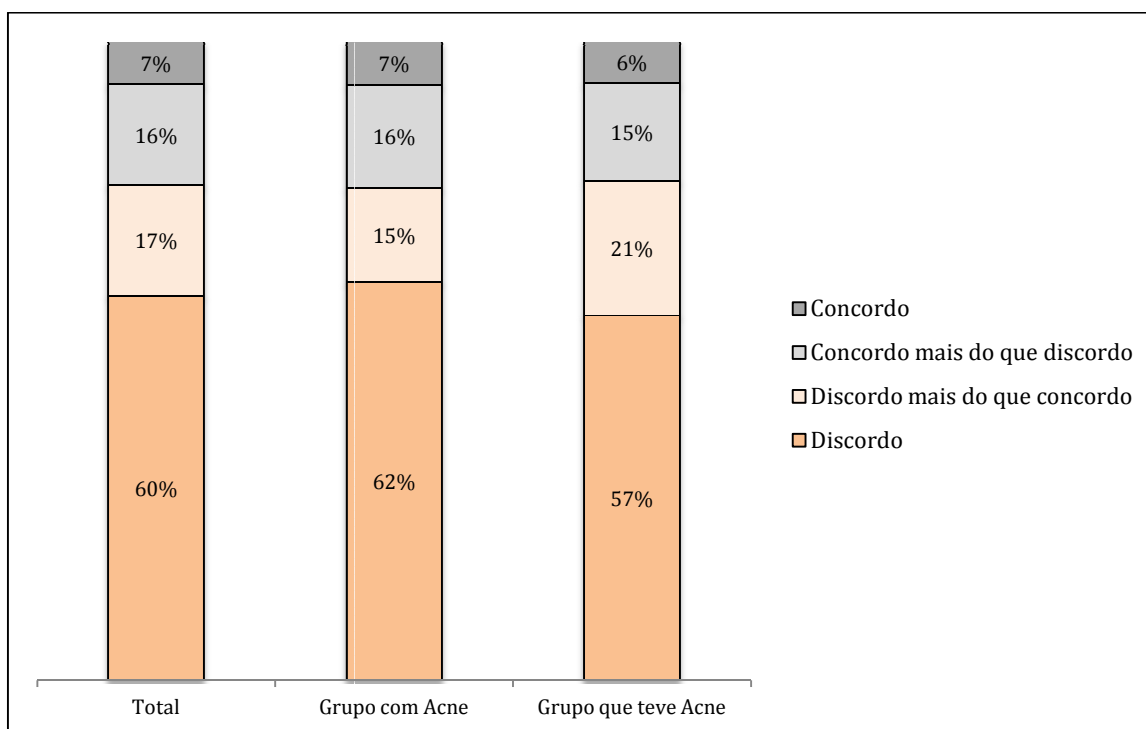
**Gráfico ApD.27: Estudo III - ICA - Tenho o sentimento de ser compreendido(a) nas minhas preocupações com a Acne**



**Gráfico ApD.28: Estudo III - ICA - Evito sair de casa quando estou com Acne**



**Gráfico ApD.29: Estudo III - ICA - Evito sair à noite quando estou com Acne**



**Gráfico ApD.30: Estudo III - ICA - Evito situações com muitas pessoas quando estou com Acne**

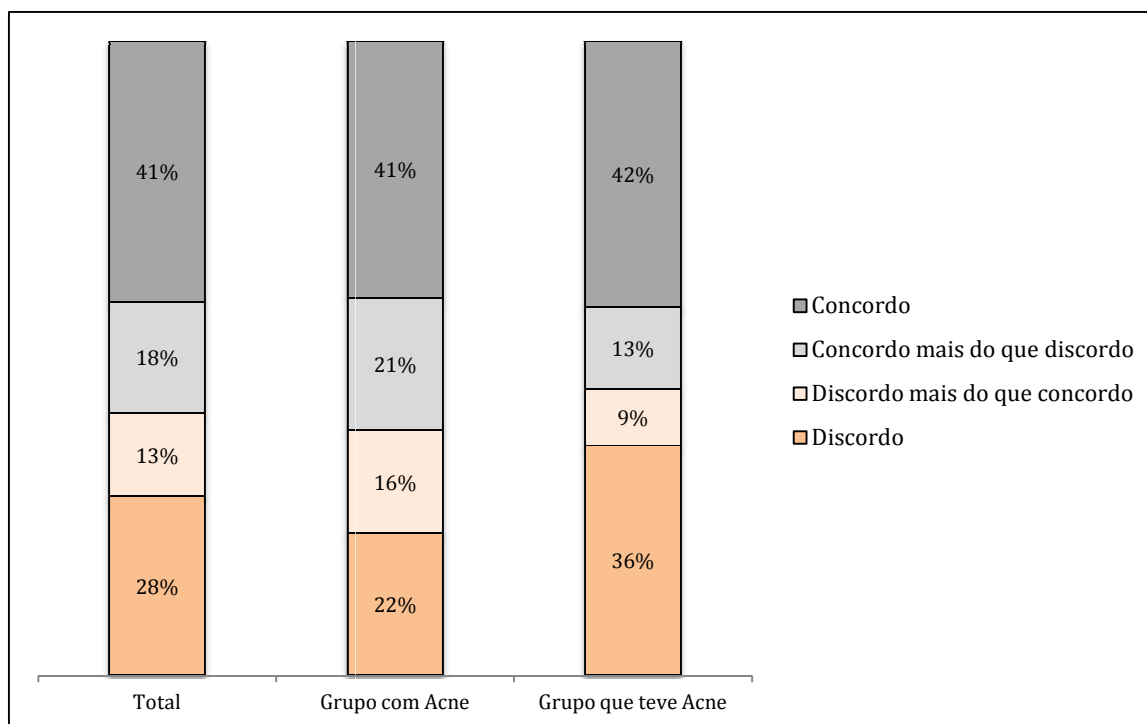


Gráfico ApD.31: Estudo III - ICA - Procuro ajuda médica para a Acne

Tabela ApD.17: Estudo III - ICA - Tratamento no grupo que teve Acne

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concorde mais do que Discordo		Concorde	
Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne	Total	104	24,94%	56	13,43%	91	21,82%	166	39,81%
	Acne ligeira	74	34,74%	34	15,96%	51	23,94%	54	25,35%
	Acne moderada ou grave	30	14,71%	22	10,78%	40	19,61%	112	54,90%
Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne.	Total	76	18,23%	56	13,43%	123	29,50%	162	38,85%
	Acne ligeira	54	25,35%	29	13,62%	71	33,33%	59	27,70%
	Acne moderada ou grave	22	10,78%	27	13,24%	52	25,49%	103	50,49%

Tabela ApD.18: Estudo III - ICA - Tratamento no grupo com Acne

		Discordo		Discordo mais do que concordo		Concordo mais do que Discordo		Concordo	
Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne	Total	78	13,33%	63	10,77%	167	28,55%	277	47,35%
	Acne ligeira	55	15,67%	44	12,54%	108	30,77%	144	41,03%
	Acne moderada ou grave	23	9,83%	19	8,12%	59	25,21%	133	56,84%
Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne.	Total	67	11,45%	96	16,41%	185	31,62%	237	40,51%
	Acne ligeira	47	13,39%	67	19,09%	119	33,90%	118	33,62%
	Acne moderada ou grave	20	8,55%	29	12,39%	66	28,21%	119	50,85%

Tabela ApD.19: Estudo III - ICA - Ajuda de especialistas no tratamento da Acne

	Grupo que teve Acne		Grupo com Acne	
	Ligeira	Moderada ou grave	Ligeira	Moderada ou grave
Ao dermatologista	55,43%	61,49%	60,48%	61,85%
Ao médico de família	23,91%	22,41%	20,97%	21,69%
Ao farmacêutico	20,65%	12,64%	18,15%	16,06%
Outros	0,00%	3,45%	0,4%	0,4%

TabelaApD.20: Estudo III - ICA - Tempo que demorou a recorrer a ajuda

		Menos de 1 mês		1 a 3 meses		3 a 6 meses		6 meses a 1 ano		1 a 2 anos		Mais de 2 anos	
Grupo que teve Acne	Total	44	22,68%	26	13,40%	33	17,01%	56	28,87%	30	15,46%	5	2,58%
	Ligeira	9	13,04%	15	21,74%	14	20,29%	23	33,33%	5	7,25%	3	4,35%
	Moderada ou grave	35	28,00%	11	8,80%	19	15,20%	33	26,40%	25	20,00%	2	1,60%
Grupo com Acne	Total	71	20,46%	37	10,66%	49	14,12%	69	19,88%	101	29,11%	20	5,76%
	Ligeira	31	17,42%	24	13,48%	29	16,29%	31	17,42%	51	28,65%	12	6,74%
	Moderada ou grave	40	23,67%	13	7,69%	20	11,83%	38	22,49%	50	29,59%	8	4,73%



TabelaApD.21: Estudo III - ICA - Acompanhamento na primeira consulta

	Acne ligeira	Acne moderada ou grave
Mãe	86,32%	85,28%
Pai	10,00%	10,39 %
Outro	3,68%	4,33%

TabelaApD.22: Estudo III - ICA - Acompanhamento nas consultas seguintes

	Acne ligeira	Acne moderada ou grave
Mãe	85,95%	82,46%
Pai	11,57%	12,28 %
Outro	2,48%	5,26%

Tabela ApD.23: Estudo III - ICA - Classificação do que é para o indivíduo ter Acne

Classificação		Grupo que teve Acne		Grupo que tem Acne	
Negativo	Total	142	43,56%	221	51,16%
	Negativo	125	88,03%	188	85,07%
	Muito negativo	17	11,97%	33	14,93%
Neutro	Total	64	19,63%	72	16,67%
	Neutro	3	4,69%	17	23,61%
	Neutro/problema de saúde banal	21	32,81%	41	56,94%
	Neutro/acontecimento fisiológico normal	40	62,5%	14	19,44%
Não respondeu		120	36,80%	139	32,18%
Total de respostas		326	100,00%	432	100,00%

Tabela ApD.24: Estudo III - ICA - Classificação de como vê a Acne nos outros

Classificação		Grupo sem Acne		Grupo que teve Acne		Grupo com Acne	
Negativo	Total	235	44,67%	126	38,65%	203	47,3%
	Negativo	223	94,89	109	86,50%	180	88,67%
	Muito negativo	12	5,10%	17	13,50%	23	11,33
Neutro	Total	249	47,34%	160	49,07%	174	40,32%
	Neutro	20	8,03%	18	11,25%	52	29,86%
	Neutro/problema de saúde banal	168	67,46%	77	48,13	88	50,57%
	Neutro/acontecimento fisiológico normal	61	24,49%	65	40,62%	34	19,54%
Não respondeu		28	5,32%	40	12,27%	53	12,35%
Total de respostas		526	100,00%	326	100.00%	429	100,00%

Tabela ApD.25: Estudo III - ICA - Em que idade surgiu a Acne

	Grupo que teve Acne			Grupo com Acne		
	total	ligeira	moderada ou grave	total	ligeira	moderada ou grave
N	417	213	204	585	351	234
Valor mínimo	2	2	10	2	2	5
Valor máximo	40	40	25	31	27	31
Média	13,79	13,84	13,74	14,16	14,06	14,30
Mediana	14,00	14,00	13,00	14,00	14,00	13,00
Desvio padrão	2,47	2,83	2,03	2,89	2,51	3,38
T-student		0,69		-	0,34	
Mann-Whitney		0,29		-	0,61	

**Tabela ApD.26: Estudo III - ICA - Procurou informação sobre a Acne**

		Sim		Não		Total
Grupo com Acne	Total	466	79,66%	119	20,34%	585
	Ligeira	270	76,92%	81	23,08%	351
	Moderada ou grave	196	83,76%	38	16,24%	234
Grupo que teve Acne	Total	308	73,86%	109	26,14%	417
	Ligeira	142	66,67%	71	33,33%	213
	Moderada ou grave	166	81,37%	38	18,63%	204

**Tabela ApD.27: Estudo III - ICA - Conversou sobre a Acne ou pediu ajuda a alguém**

		Sim		Não		Total
Grupo com Acne	Total	100	17,09%	485	82,91%	585
	Ligeira	77	21,94%	274	78,06%	351
	Moderada ou grave	23	9,83%	211	90,17%	234
Grupo que teve Acne	Total	76	18,23%	341	81,77%	417
	Ligeira	57	26,76%	156	73,24%	213
	Moderada ou grave	19	9,31%	185	90,69%	204

**Tabela ApD.28: Estudo III - ICA - Recorreu a alguém especializado para o tratamento da Acne**

		Sim		Não		Total
Grupo com Acne	Total	347	59,32%	238	40,68%	585
	Ligeira	178	50,71%	173	49,29%	351
	Moderada ou grave	169	72,22%	65	27,78%	234
Grupo que teve Acne	Total	194	46,52%	223	53,48%	417
	Ligeira	69	32,39%	144	67,61%	213
	Moderada ou grave	125	61,27%	79	38,73%	204

**Tabela ApD.29: Estudo III - ICA - Qual o tempo que demorou entre o aparecimento da Acne e a procura de tratamento**

		Menos de 1 mês		1 a 3 meses		3 a 6 meses		6 meses a 1 ano		1 a 2 anos		Mais de 2 anos		Total
Grupo com Acne	Total	71	20,46%	37	10,66%	49	14,12 %	69	19,88%	101	29,11 %	20	5,76 %	347
	Ligeira	31	17,42%	24	13,48%	29	16,29 %	31	17,42%	51	28,65 %	12	6,74 %	178
	Moderada ou grave	40	23,67%	13	7,69%	20	11,83 %	38	22,49%	50	29,59 %	8	4,73 %	169
Grupo que teve Acne	Total	44	22,68%	26	13,40%	33	17,01 %	56	28,87%	30	15,46 %	5	2,58 %	194
	Ligeira	9	13,04%	15	21,74%	14	20,29 %	23	33,33%	5	7,25%	3	4,35 %	69
	Moderada ou grave	35	28,00%	11	8,80%	19	15,20 %	33	26,40%	25	20,00 %	2	1,60 %	125

**Tabela ApD.30: Estudo III - ICA - A marcação da primeira consulta**

	pela mãe		pelo pai		pelo próprio		outro		Total
Total	341	63,03%	29	5,36%	156	28,84%	15	2,77%	541
Acne ligeira	154	62,35%	15	6,07%	70	28,34%	8	3,24%	247
Acne moderada ou grave	187	63,61%	14	4,76%	86	29,25%	7	2,38%	294

**Tabela ApD.31: Estudo III - ICA - No presente encontra-se em tratamento**

		Sim		Não		Total
Grupo com Acne	Total	133	38,33%	214	61,67%	347
	Ligeira	52	29,21%	126	70,79%	178
	Moderada ou grave	81	47,93%	88	52,07%	169

Tabela ApD.32: Estudo III - ICA - Há quanto tempo está em tratamento

		Menos de 6 meses		6 meses a 1 ano		1 a 2 anos		2 a 5 anos		Mais de 5 anos		Total
Grupo com Acne	Total	50	37,59%	21	15,79%	13	9,77%	20	15,04	29	21,80%	133
	Ligeira	20	38,46%	5	9,62%	4	7,69%	8	15,38%	15	28,85%	52
	Moderada ou grave	30	37,04%	16	19,75%	9	11,11%	12	14,81%	14	17,28%	81

Tabela ApD.33: Estudo III - ICA - Quanto tempo durou o processo de tratamento

		Menos de 6 meses		6 meses a 1 ano		1 a 2 anos		2 a 5 anos		Mais de 5 anos		Total
Grupo com Acne	Total	65	30,37%	86	40,19%	35	16,36%	17	7,94%	11	5,14%	214
	Ligeira	45	35,71%	46	36,51%	19	15,08%	9	7,14%	7	5,56%	126
	Moderada ou grave	20	22,73%	40	45,45%	16	18,18%	8	9,09%	4	4,55%	88

Tabela ApD.34: Estudo III - ICA - Quanto tempo esteve em tratamento

		Menos de 6 meses		6 meses a 1 ano		1 a 2 anos		2 a 5 anos		Mais de 5 anos		Total
Grupo que teve Acne	Total	51	26,29%	68	35,05%	43	22,16%	21	10,82%	11	5,67%	194
	Ligeira	30	43,48%	17	24,64%	15	21,74%	5	7,25%	2	2,90%	69
	Moderada ou grave	21	16,80%	51	40,80%	28	22,40%	16	12,80%	9	7,20%	125

Tabela ApD.35: Estudo III - ICA - Considera que o tratamento está a ser eficaz

		Sim		Não		Total
Grupo com Acne	Total	107	80,45%	26	19,55%	133
	Ligeira	45	86,54%	7	13,46%	52
	Moderada ou grave	62	76,54%	19	23,46%	81

Tabela ApD.36: Estudo III - ICA - Considera que o tratamento foi eficaz

		Sim		Não		Total
Grupo que teve Acne	Total	163	84,02%	31	15,98%	194
	Ligeira	57	82,61%	12	17,39%	69
	Moderada ou grave	106	84,80%	19	15,20%	125

Tabela ApD.37: Estudo III - ICA - Considera-se tratado

		Menos de 1 ano		Mais de 1 ano		Outro		Total
Grupo que teve Acne	Total	57	13,67%	324	77,70%	36	8,63%	417
	Ligeira	26	12,21%	174	81,69%	13	6,10%	213
	Moderada ou grave	31	15,20%	150	73,53%	23	11,27%	204

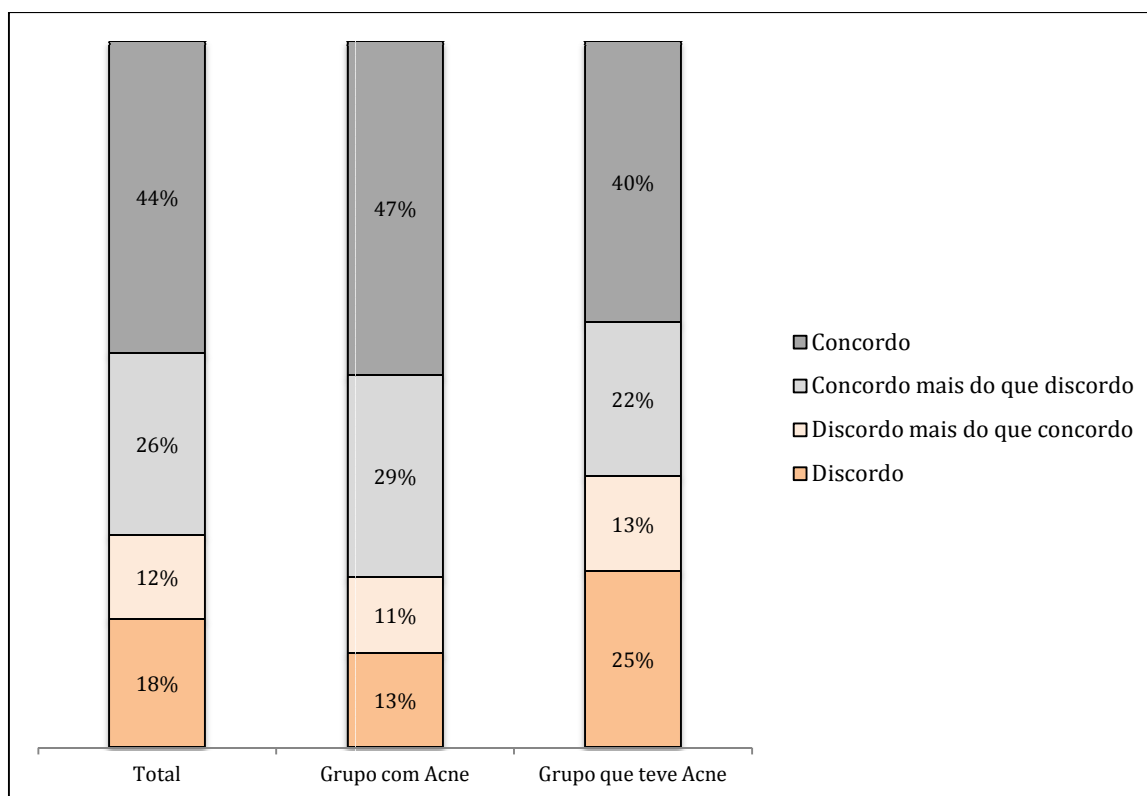


Gráfico ApD.32: Estudo III - ICA - Esforço-me para seguir à risca o tratamento que me foi indicado para a Acne

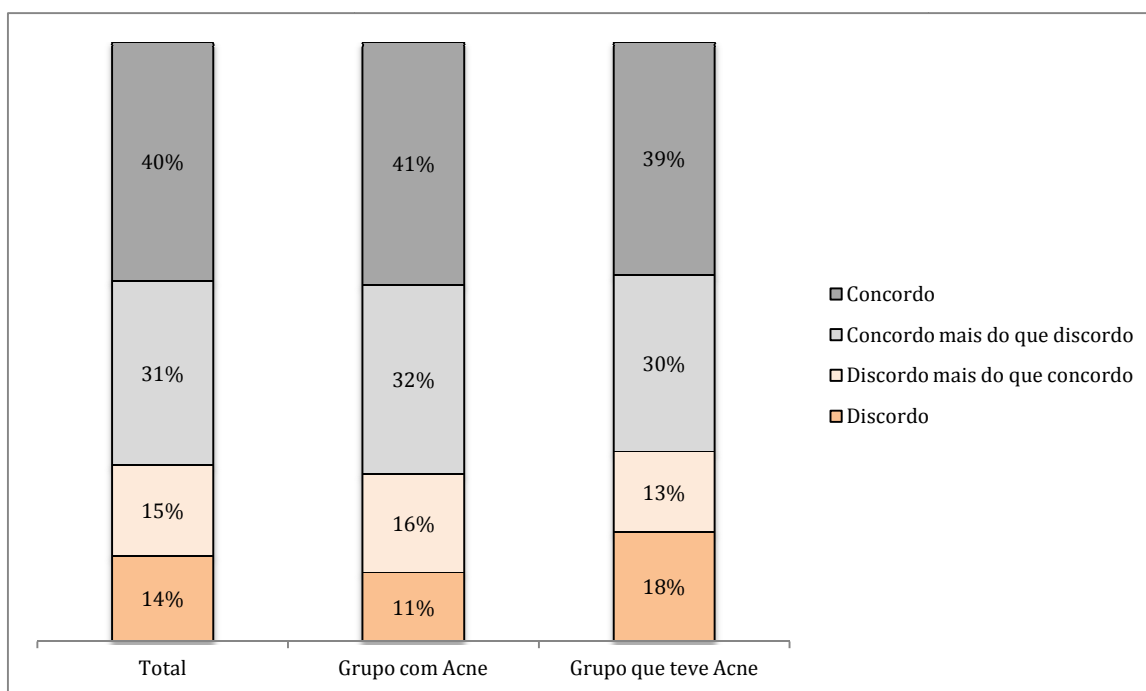


Gráfico ApD.33: Estudo III - ICA - Sigo à risca os cuidados com a pele que me indicaram para a Acne

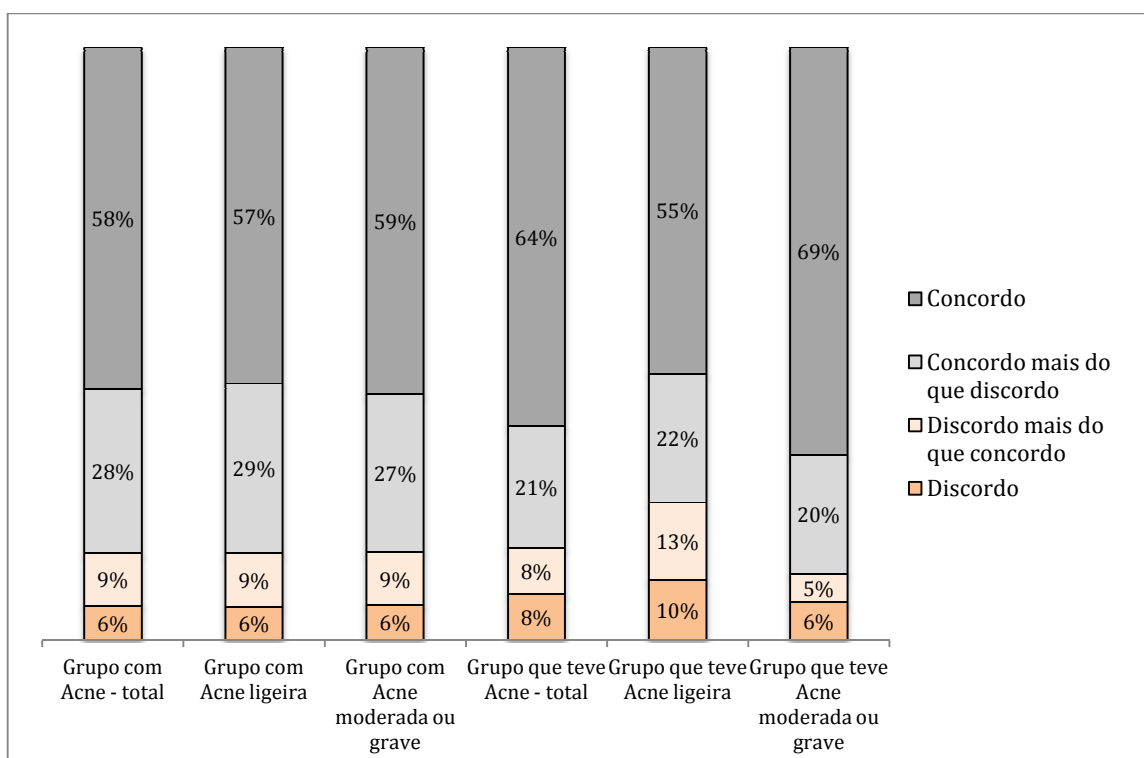


Gráfico ApD.34: Estudo III - ICA - Consegui seguir o(s) tratamento(s) que me foi(foram) indicado(s)

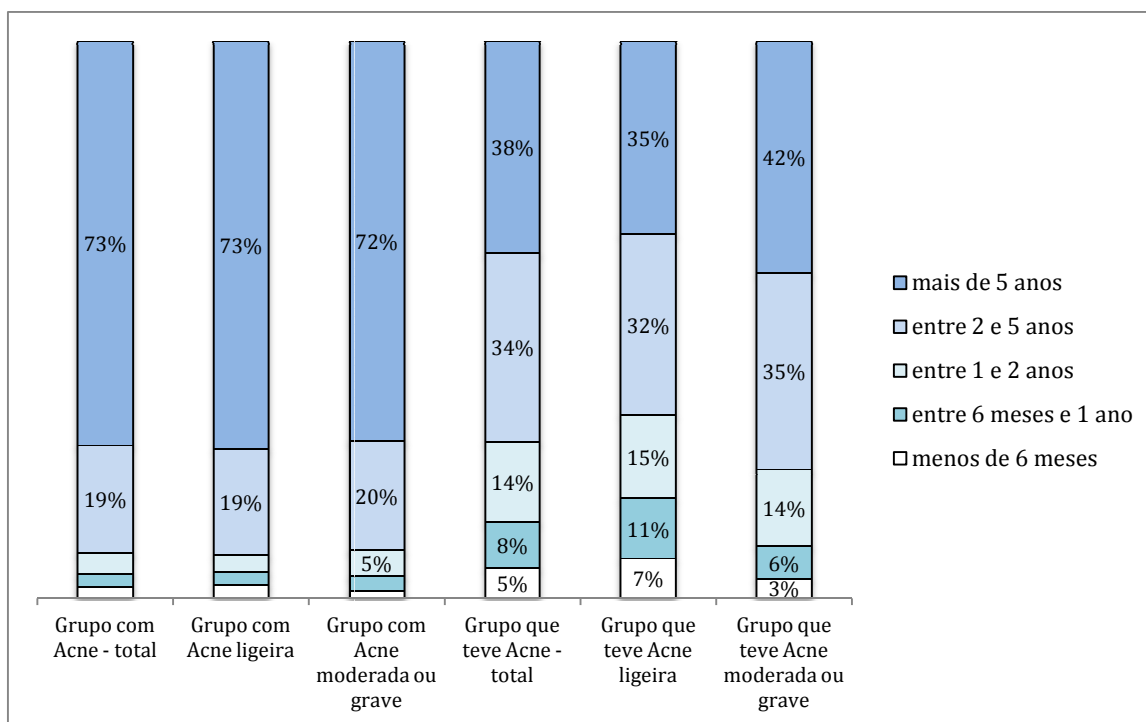


Gráfico ApD.35: Estudo III - ICA - Há quanto tempo tem Acne

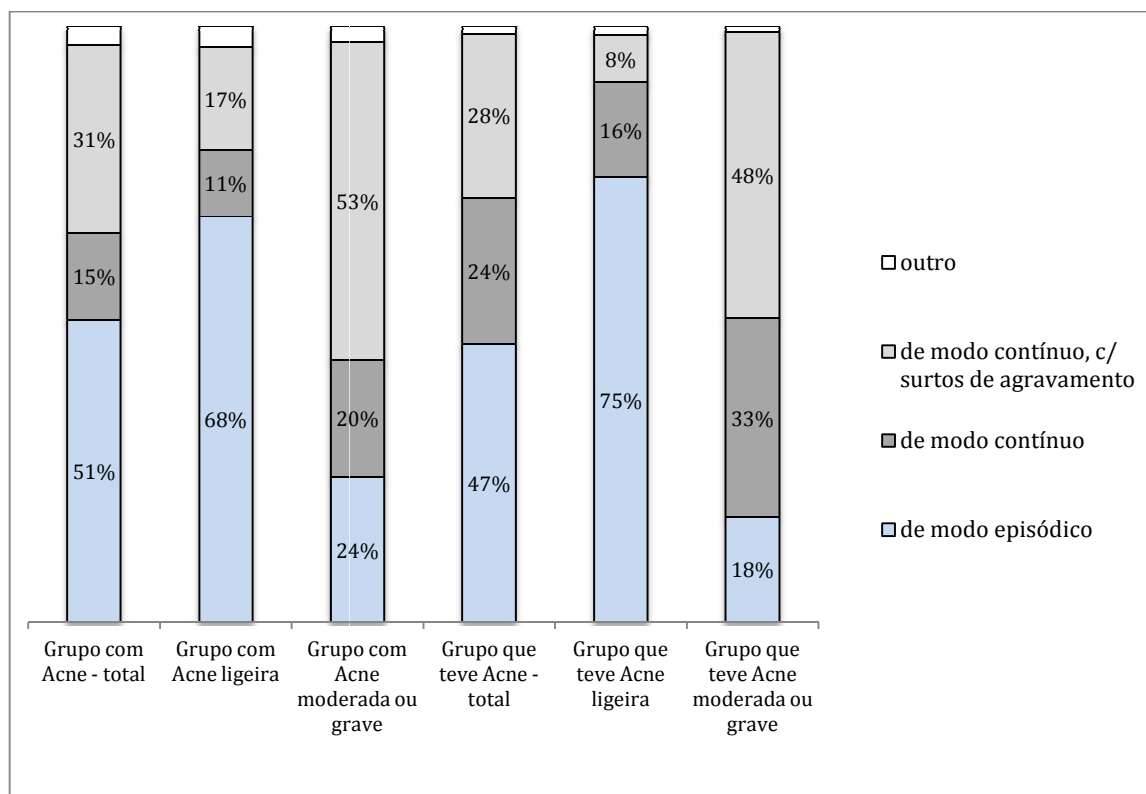


Gráfico ApD.36: Estudo III - ICA - A sua Acne manifestava-se



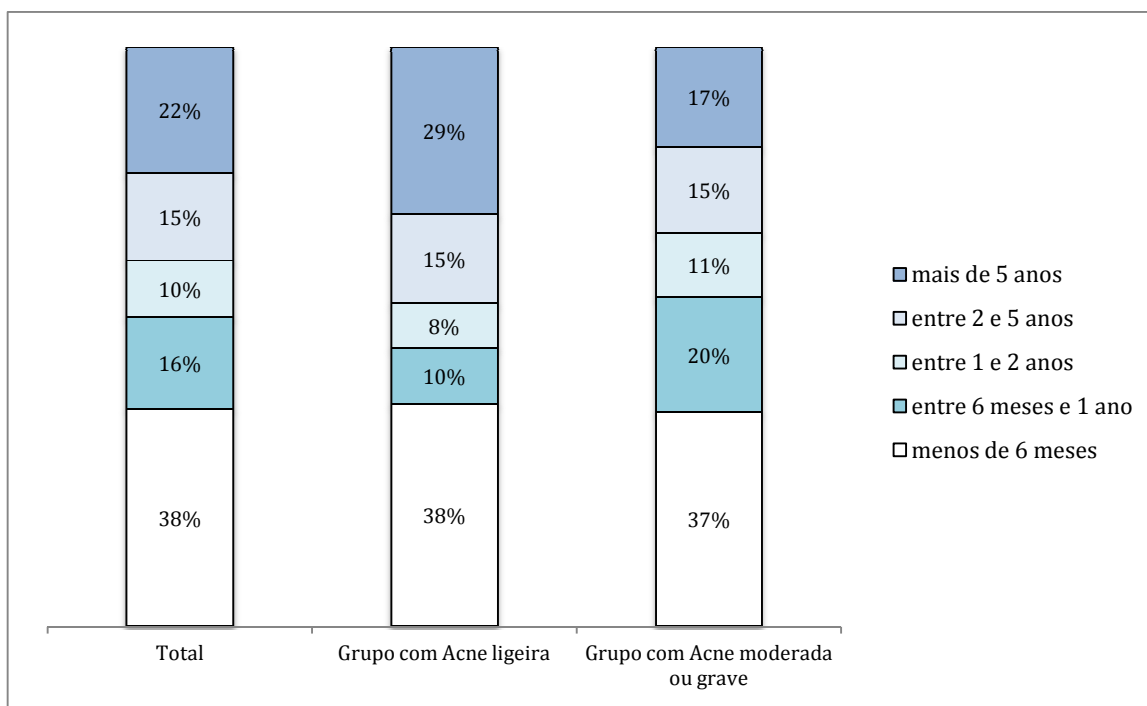


Gráfico ApD.37: Estudo III - ICA - Há quanto tempo está em tratamento

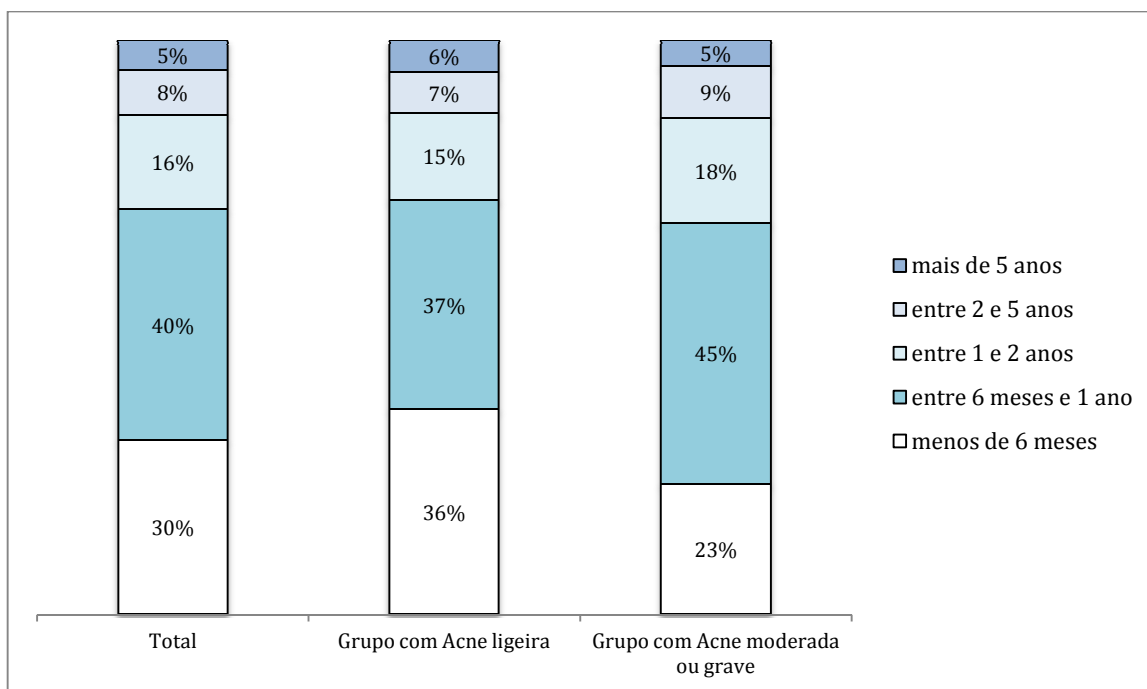
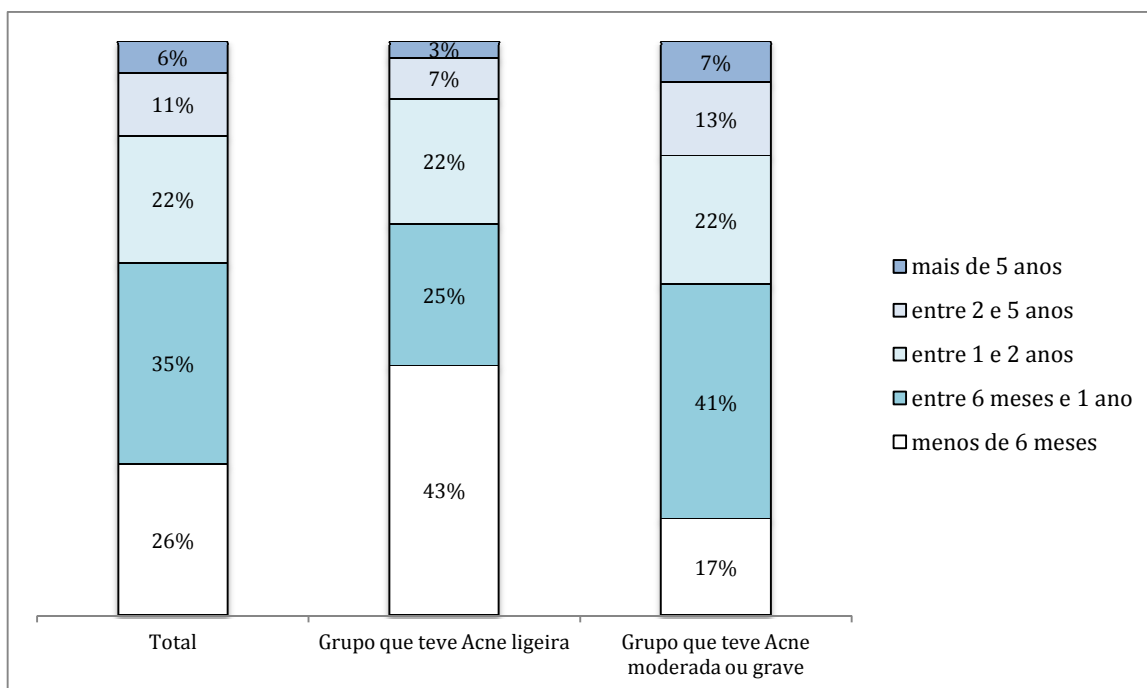
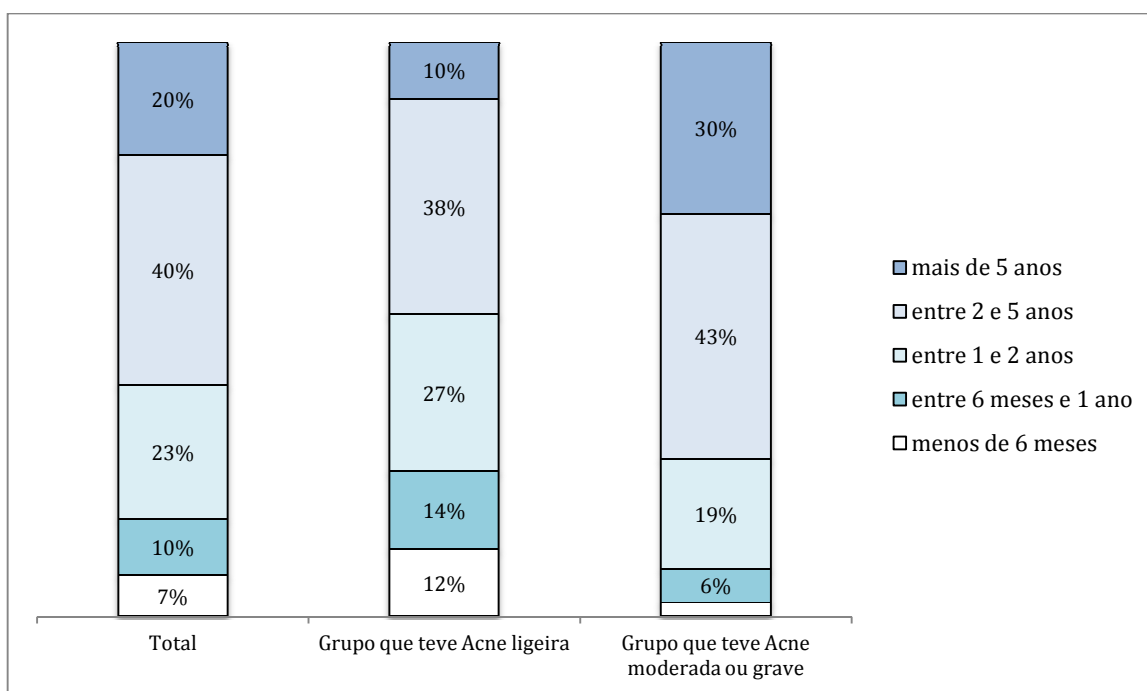


Gráfico ApD.38: Estudo III - ICA - Quanto tempo durou o processo de tratamento



**Gráfico ApD.39: Estudo III - ICA - Quanto tempo esteve em tratamento – grupo que teve Acne**



**Gráfico ApD.40: Estudo III - ICA - Durante quanto tempo teve Acne**